

MIĘDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE

Warszawa, dnia .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej

**ZAŁĄCZNIK DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO  
W ZAKŁADZIE PATOMORFOLOGII**

Imię i nazwisko  
pacjenta .....

PESEL (lub data urodzenia) ..... Płeć: M K

Rozpoznanie kliniczne .....

Nr poprzedniego badania histopatologicznego .....

Rodzaj utrwalacza .....

Rodzaj materiału / Krótkie dane kliniczne:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

Wyd. I z dnia 16.02.2006

Wa-Bu-29 **IMPACT** Mysłowice, tel./fax: (032) 762 45 01