

MIĘDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE

Nazwa komórki organizacyjnej

Warszawa, dnia

**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