Pracownia Patomorfologii i Cytologii Paweł Kurzawa
ul. Długa 4/28-29, 61-848 Poznań
email: sekretariat_kurzawa@patolog-poznan.pl tel. 603 622 356
NIP: 7781311401, REGON: 311087026

DR KURZAWA
PRACOWNIA PATOMORFOLOGII I CYTOLOGII PAWEŁ KURZAWA

SKIEROWANIE NA BADANIE
HISTOPATOLOGICZNE/CYTOLOGICZNE

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL/DATA URODZENIA

PŁEĆ: K / M

NUMER TELEFONU: .....

ADRES ZAMIESZKANIA: .....

RODZAJ MATERIAŁU I LOKALIZACJA ZMIANY:

RODZAJ ZABIEGU: .....

ROZPOZNANIE WSTĘPNE KLINICZNE (numery statystyczne ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizji Dziesiątej oraz fakultatywnie według klasyfikacji SNOMED CT (Systematized Nomenclature Of Medicine – Clinical Terms):

DANE KLINICZNE (istotne dane kliniczne oraz wyniki badań dodatkowych, w szczególności hematologicznych i radiologicznych, niezbędne do uzyskania rozpoznania patomorfologicznego, informacje o wcześniejszych badaniach histopatologicznych lub cytologicznych oraz istotnych innych badaniach diagnostycznych pacjenta, informację o stosowanym leczeniu):

UWAGI

NUMER BADANIA

KOD BADANIA

DATA DOSTARCZENIA

DATA I GODZINA POBRANIA

METODA UTRWALENIA

NUMER PREPARATU/PACJENTA

NAZWA I ADRES ZLECENIODAWCY

LEKARZ POBIERAJĄCY
(imię i nazwisko, specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu, podpis)

LEKARZ ZLECEJĄCY BADANIE
(imię i nazwisko, specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu, podpis)