

**SPRIEVODNÝ LIST K ZÁSIELKE BIOPTICKÉHO MATERIÁLU str.1**

Číslo žiadanky:

PEROPERACĽNE:

CITO:

Odber (dátum):

**Oddelenie:**

Ordinoval:

Kód PZS:

Kód lekára:

**Meno pacienta:**

Bydlisko:

Zdravotná poisťovňa:

**Rodné číslo:**

ID pre ZP:

Predchádzajúce bioptické vyšetrenie:

**Predmet vyšetrenia a lokalizácia :**

Operoval:

**Fixácia:****Klinický priebeh, terapia, ožarovanie:****Počet materiálov na žiadanke:****Kód dg.:****Dátum odoslania:****Meno a podpis lekára:**