



**NEMOCNICE
ŠUMPERK**

ŽÁDANKA O BIOPTICKÉ VYŠETŘENÍ

JMÉNO PACIENTA:								
ČÍSLO POJIŠTĚNCE:								
BYDLIŠTĚ PACIENTA:								
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA:	SAMOPLÁTCE:	A	☐	N	☐			
POHLAVÍ:	M	☐	Ž	☐	VÝŠKA:	(cm)	HMOTNOST:	(kg)
ZÁKLADNÍ DG.:								
IČZ / ODBORNOST:								
DATUM ODBĚRU:			ČAS ODBĚRU:	hod.				

ČÍSLO ŽÁDANKY:

Nemocnice Šumperk a.s.
Nerudova 640/41,
787 01 Šumperk

Patologie:
583 333 351

ZPŮSOB A PŘESNÁ TOPOGRAFIE ODBĚRU:

KLINICKÁ DIAGNÓZA:

PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ:

Ostatní léčba:

Poznámky:

Razítko a podpis lékaře:

Vysvětlivky k odběrům:

Bioptický materiál vložte ihned po odběru do plastové, dobře těsnící nádoby s formaldehydem.
Do předání laboratoři uchovávejte při pokojové teplotě.