



"Комплексен онкологичен център - Шумен" ЕООД

гр. Шумен 9700, ул. Васил Априлов № 63, тел. 054 /800 561, e-mail: office@oncocenter.org, www.oncocenter.org

обр. 26

От _____
ЗДРАВНО ЗАВЕДЕНИЕ

До _____
ЗДРАВНО ЗАВЕДЕНИЕ

Патологично отделение

ОТДЕЛЕНИЕ, КЛИНИКА, КАБИНЕТ

гр./с/ _____

гр./с/ _____

ИСКАНЕ ЗА ХИСТОПАТОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ШИФЪР

за материал взет от _____

СОБСТВЕНО, БАЩИНО И ФАМИЛНО ИМЕ

М	Ж
---	---

род. _____ ден мес. год. _____ адрес гр./с/ _____

МЕСТОЖИВЕЕНЕ, ОБЩИНА /ОКРЪГ/

улица _____ № _____ вх. _____ ет. _____ професия _____

Материалът е взет от _____

ОРГАН

чрез _____

на _____ ден мес. год. _____ и е фиксиран в _____

кратки клинични данни /история, диагност. изследване, лечение/

Вероятна клинична диагноза:

Предишни биопсични изследвания: _____ кога _____

НЕ ДА

ДАТА

в _____

НАИМЕНОВАНИЕ НА ЗДРАВНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Резултат: _____

Лекар: _____

ПОДПИС

ДЛЪЖНОСТ

Дата _____

ДЕН МЕС. ГОД

СОБСТВЕНО И ФАМИЛНО ИМЕ

РЕЗУЛТАТ ОТ ХИСТОПАТОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

№ _____

Хистопатологичното изследване на изпратения от Вас материал, получен на _____
показа:

Макроскопски:

Хистологично:

Диагноза:

Лекар: _____

ПОДПИС

ДЛЪЖНОСТ

Дата _____

ДЕН МЕС. ГОД

СОБСТВЕНО И ФАМИЛНО ИМЕ