

Patomorfolog

WEB

Skierowanie na badanie histopatologiczne

Uwaga! Pole wymagane oznaczono gwiazdką!

Dane pacjentki

Nazwisko *	Imię *	PESEL *	Płeć *	Numer pacjenta / preparatu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-NW <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Adres	Kod pocztowy	Miejscowość		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data urodzenia rrr-mm-dd *	Data pobrania rrr-mm-dd *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Rozpoznanie kliniczne

Rozpoznanie kliniczne / inne zmiany Maksimum 512 znaków		
<input type="text"/>		
Rodzaj (opis) pobranego materiału Maksimum 512 znaków		
<input type="text"/>		
Data ostatniej miesiączki	ICD-10	pTNM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zlecaniodawca

Lekarz zlecający badanie *
- wybierz lekarza zlecalacego <input type="text"/>
ZOZ zlecający badanie *
- wybierz ZOZ zlecalacy badanie <input type="text"/>
Oddział zlecający badanie
- wybierz oddział zlecalacy badanie (pole nieobowiązkowe) <input type="text"/>