

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ			
Επώνυμο		Όνομα	Πατρώνυμο
Κωδικός Εισαγωγής		Κωδ. Περιστατικού	
ΑΜΚΑ		ΑΦΜ	
Ημ/νια Γέννησης		Φύλο	
Διεύθυνση			
Τηλ. επικοινωνίας		e-mail	
Ο ασθενής επιθυμεί αποστολή αντιγράφου πορίσματος με:		Ταχυδρομείο	e-mail

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ			
ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ <input type="checkbox"/>	ΤΑΧΕΙΑ ΒΙΟΨΙΑ <input type="checkbox"/>	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ <input type="checkbox"/>	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ 2η ΓΝΩΜΗ <input type="checkbox"/>

ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (Να συμφωνεί με τη σήμανση περιεκτών - δοχείων - φιαλιδίων)			
Συνολικός Αριθμός Δοχείων (Περιεκτών)		Ημερομηνία Λήψης	
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:		Ωρα Λήψης	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ		ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Όνοματεπώνυμο		
Ειδικότητα		
Διεύθυνση		
Τηλ. επικοινωνίας		
e-mail / fax		

Ημ/νια / Ωρα παραλαβής δείγματος στο εργαστήριο*:	Υπεύθυνος Παραλαβής*:

\*συμπληρώνονται από το Εργαστήριο