Příloha č. 3 - Žádanka o bioptické / cytologické vyšetření

Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Oddělení patologie
Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Nemocnice Česká Lípa
Tel. 487 954 480, http://www.nemcl.cz/oddeleni-patologie
Purkyňova 1849, 470 01 Česká Lípa, email: patol-cl@nemlib.cz

ŽÁDANKA O BIOPTICKÉ / CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

PŘÍJMENÍ A JMÉNO PACIENTA:

☐ RUTINA
☐ STATIM
☐ BIOPSIE
☐ CYTOLOGIE

ID: POJIŠŤOVNA:

DATUM NAROZENÍ:

IDENTIFIKACE ODESÍLAJÍCÍHO LÉKAŘE/ZAŘÍZENÍ
MÍSTO PRO PODPIS A RAZÍTKO

ADRESA PACIENTA: PSČ:

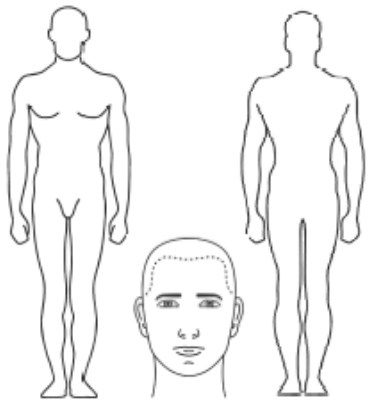
DATUM ODBĚRU: ČAS ODBĚRU:

PŘEDMĚT VYŠETŘENÍ A LOKALIZACE: PE: TE:

1. ☐ ☐
2. ☐ ☐
3. ☐ ☐ PE - probatorní excize
4. ☐ ☐ TE - totální excize

KLINICKÁ DIAGNÓZA A PRŮBĚH NEMOCI

1.
2.
3.
4.



TRVÁNÍ NEMOCI:

PŘEDCHOZÍ HISTOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ A LÉČBA:

FIXAČNÍ TEKUTINA (druh):

POHLAVÍ: MUŽ: ☐ ŽENA: ☐

POZNÁMKY LABORATOŘE:

Verze II, 24.3.2026

Krajská nemocnice Liberec, a.s., Husova 1430/34, Liberec I, PSČ 460 01, IČ 27283933
Nemocnice Česká Lípa, Purkyňova 1849, Česká Lípa, PSČ 470 01, tel: 487 954 111