Pieczątka zakładu

WYNIK BADANIA CYTOLOGICZNEGO

_____

(nazwisko i imię) (data urodzenia) (nr ewid.)

_____

(adres) (data badania)

Rozp. kliniczne _____

Rozp. cytologiczne _____

_____ trich. vag. _____ mon. alb. _____

Zalecenia _____

_____

_____

(podpis i pieczęć lekarza)

UWAGA: W razie potrzeby wykorzystać odwrotną stronę blankietu na szczegółowy opis (np. rysunek przy rozmazach topograficznych).

admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl