SYNLAB

Tel: 17123 ▪ E-post: klienditugi@synlab.ee ▪ www.synlab.ee

PATSIENDI ANDMED

Nimi .....

Isikukood ..... Sugu N ☐ M ☐

Sünniaeg .....

TELLIJA ANDMED

Asutus .....

Osakond .....

Arst ..... Tel .....

Histoloogilised uuringud

KLIINILISED ANDMED

Diagnoos .....

Olulisem leid / uuringu teostamise põhjus .....

UURINGU ANDMED

Materjali võtmise kuupäev ..... Tükkide arv .....

Materjali võtmise lokalisatsioon/päritolu/organ/kude .....

☐ Biopsia ☐ Aspiratsiooni biopsia

☐ Operatsioon ☐ Abrasioon

Selle saatekirja edastamisega nõustub Tellija Teenuseosutaja tüüptingimustega