

*Регистрационный № _____

Патологоанатомическое отделение
ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ

**От Ф.И.О. (пациента или законного
представителя)** _____

Паспорт: серия _____ № _____

Кем выдан: _____

Когда выдан « ____ » _____ г.

Контактный телефон _____

Заявка о выдаче гистологических препаратов

Прошу Вас подготовить и выдать гистологические препараты **пациента**:

Ф.И.О. _____

Дата рождения: « ____ » _____ г.

Цель выдачи (нужное подчеркнуть):

1. Пересмотр гистологических препаратов в другом учреждении:

_____ (название учреждения)

2. Продолжение терапии в другом учреждении

_____ (название учреждения)

3. Проведение исследований, которые не выполняются в МКНЦ

_____ (желательно указать какие исследования)

4. Другое _____

Дата заявки « ____ » _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____ (Ф.И.О)

* Гистологические препараты № _____

*Ф.И.О. дежурного врача ПАО / Подпись: _____

*Ф.И.О. и подпись сотрудника ПАО, выдавшего материал: _____

*Комментарии _____

*Дата выдачи гистологических препаратов « ____ » _____ 20__ г.

ВВ! Пункты со звездочкой (*) заполняются сотрудниками ПАО!