Regionaalhaigla

kuupäev registreerimise number

TAOTLUS

histoloogiliste ja tsütoloogiliste uuringute preparaadiklaaside ja koeplokkide väljastamiseks SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla patoloogiakeskusest

Tellimuse esitaja andmed

asutus / struktuuriüksus / aadress

ees- ja perekonnanimi / ametikoht / telefon / e-post

Patsiendi andmed

ees- ja perekonnanimi

isikukood: | | | | | | | | | | | |

Andmekandja liik (valida + uuringunumber)

☐ preparaadiklaas _____

☐ koeplokk _____

Tellimuse esitaja _____
allkiri / kuupäev

Patoloogiakeskuse andmed

Andis välja _____
nimi / allkiri / kuupäev

Märkused _____

_____

Vastutan SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla patoloogiakeskusest väljastatud preparaadiklaaside ja koeplokkide sihipärase kasutamise eest vastavalt Eesti Vabariigis kehtivatele seadustele ja arstieetika printsiipidele.

Kõik antud taotluse raames väljastatud preparaadiklaasid ja koeplokid kuuluvad tagastamisele:
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla patoloogiakeskus, J. Sütiste tee 19, Tallinn, tel 617 2039.

Tellimuse vastuvõtja andmed

Võttis vastu _____
nimi / allkiri / kuupäev

Tagastamise andmed

Võttis vastu _____
nimi / allkiri / kuupäev