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 ühe aasta jooksul: SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla patoloogiakeskus, J. Sütiste tee 19, Tallinn, tel 617 2013.

Tellimuse vastuvõtja andmed

Võttis vastu _____
nimi / allkiri / kuupäev

Tagastamise andmed

Võttis vastu _____
nimi / allkiri / kuupäev