



Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.  
Heydukova 10, 812 50 Bratislava  
www.ousa.sk

# SPRIEVODNÝ LIST K ZÁSIELKE GYNEKOLOGICKÉHO CYTOLOGICKÉHO MATERIÁLU

I/PA-2-1

Rodné číslo: <input type="text"/>	Kód PZS odosielajúceho lekára: <input type="text"/>
Priezvisko: <input type="text"/>	Kód odosielajúceho lekára: <input type="text"/>
Meno: <input type="text"/>	Tel. číslo/Email: * <input type="text"/>
Muž: <input type="checkbox"/> Žena: <input type="checkbox"/> Adresa: <input type="text"/>	Kód PZS odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>
<input type="text"/>	Kód odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>
Tel. číslo: <input type="text"/>	Názov a sídlo organizácie (adresa fakturácie): <input type="text"/>
Kód ZP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Samoplatca: <input type="checkbox"/>	IČO: <input type="text"/> DIČ: <input type="text"/>
EÚ poistenec: <input type="checkbox"/> Kód krajiny EÚ: <input type="text"/> <input type="text"/>	Poznámka lekára: <input type="text"/>
Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu: <input type="text"/>	Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>
Poznámka: EÚ poistenci: K žiadanke treba priložiť kópiu preukazu poistenca.	
Základná diagnóza: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Iné diagnózy: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dátum odberu: <input type="text"/> Čas odberu: <input type="text"/>	
Dátum prijmu: <input type="text"/> Čas prijmu: <input type="text"/>	
Dátum vystavenia žiadanky: <input type="text"/> * Nepovinný údaj	

Číslo skla:

Fixačná tekutina: metanol

Číslo dg:

Predmet vyšetrenia a lokalizácia: exocervix iné: klenba  
endocervix pahýľ

PM / menopauza:

**Kolpo:**

Tehotná teraz:

Po pôrode:

Hormonálna ATK/HRT:

IUD:

Gyn. terapia:

Ožarovanie:

Predchádzajúce cyt. vyšetrenie (nález):

Prijal:

Spracoval:

Diagnostikoval:

Prosíme vypisovať čitateľne písmená aj číslice. Ďakujeme.