

**NEUROPATHOLÓGIAI KONZULTÁCIÓS ADATLAP**

BETEG NEVE:					SZÜLETÉSI DÁTUM:					
TAJ:					LAKCÍM:					
AMBULÁNS <input type="checkbox"/>			NAPLÓSZÁM:			FEKVŐ <input type="checkbox"/>		TÖRZSSZÁM:		
BEKÜLDŐ INTÉZET:					BEKÜLDŐ ORVOS:					
OSZTÁLY FINANSZÍROZÁSI					PECSÉTSZÁM:					
Beküldő orvos elérhetősége TEL:					FAX:					

Anamnesis:

Előző műtét(ek) [időpont, lokalizáció, szövettan, posztoperatív terápia]:

>
>
>

Metastasis esetén a primer tumor lokalizációja:

Jelenlegi vezető tünet:

Jelenlegi CT, MR eredménye [lokalizáció, durához való viszony, halmozás stb.]:

Feltárás, műtét lokalizációja:

A beküldött szövettani minta típusa:

Íránydiagnózis:

MINTAVÉTEL DÁTUMA: év hó nap IDŐPONTJA (NATÍV MINTA ESETÉN): óra perc

Megjegyzés:

Dátum

Aláírás