

PAZIENTE

Nome: _____

Nome da nubile: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

☐ Donna ☐ Uomo

Strada, n°: _____

CP, città: _____

IID paziente: _____

Assicurazione: _____

PRESCRITTORE

Nome: _____

Cognome: _____

Strada, n°: _____

CP, città: _____

Telefono: _____

Email HIN: _____

Copia a: _____

Fattura a: ☐ Paziente ☐ Assicurazione ☐ Prescrittore

Fissaggio: ☐ Formalina 4%

Infettivo: ☐ HIV ☐ HCV ☐ TBC

Trattamenti: _____

Prelevato il Data: _____ **Ora:** _____

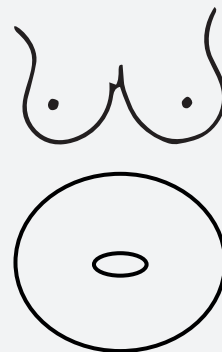
☐ **URGENTE**

Tel: _____

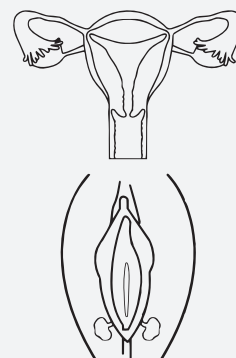
RISERVATO AL LABORATORIO

Data/ora di ricezione: _____

Numero di bottiglie ricevute: _____

INFORMAZIONE CLINICHE

MATERIALE

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |



I flaconi e i fissatori sono forniti dal laboratorio.

Ordine: pathopoint@affidea.ch