

PAZIENTE (Etichetta / Completare)

Nome: _____
 Nome da nubile: _____
 Cognome: _____
 Data di nascita: _____
☐ Donna ☐ Uomo
 Strada, n°: _____
 CP, città: _____
 ID paziente: _____
 Assicurazione: _____

Fattura a: ☐ Paziente ☐ Assicurazione ☐ Prescrittore

Fissaggio: ☐ Formaldeide 4%

Infettivo: ☐ HIV ☐ HCV ☐ TBC

Trattamenti: _____

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

PRESCRITTORE (Timbro/Etichetta/Completare)

Nome: _____
 Cognome: _____
 Strada, n°: _____
 CP, città: _____
 Telefono: _____
 Email HIN: _____

Copia a: _____

☐ **URGENTE**

Tel: _____

RISERVATO AL LABORATORIO

Data/Ora di ricezione: _____

Numero di bottiglie ricevute: _____

INFORMAZIONI CLINICHE

MATERIALE

1. _____	8. _____
2. _____	9. _____
3. _____	10. _____
4. _____	11. _____
5. _____	12. _____
6. _____	13. _____
7. _____	14. _____

