

PAZIENTE (Etichetta / Completare)

Nome: _____

Nome da nubile: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

☐ Donna ☐ Uomo

Strada, n°: _____

CP, città: _____

ID paziente: _____

Assicurazione: _____

Fattura a: ☐ Paziente ☐ Assicurazione ☐ PrescrittoreFissaggio: ☐ 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: _____

INFORMAZIONE CLINICHE**MATERIALE**

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____