



## טופס בקשה לבדיקה היסטופתולוגית:

מדבקות המעבדה:

|                           |             |
|---------------------------|-------------|
| גורם המבטח:               | תאריך הפניה |
| שם:                       | שם משפחה:   |
| מיין:                     | תאריך לידה: |
| תעודת זהות / דרכון:       |             |
| אבחנה ופרטים קליניים:     |             |
|                           |             |
|                           |             |
|                           |             |
| חומר לבדיקה:              |             |
|                           |             |
|                           |             |
| הערות:                    |             |
|                           |             |
|                           |             |
|                           |             |
| שם וחתימה של הרופא המפנה: |             |