

NAHA-, JUUSTE- JA KÜÜNESEENTE UURINGUTE SAATEKIRI

PATSIENT

Eesnimi:
Perekonnanimi:
Isikukood/sünniaeg:
Vanus:
Sugu: M N

TELLIJA

Arst:
Telefon: Arstikood:
Osakond/raviasutus:
Kuupäev: Arsti allkiri:

UURING:

- DERMATOFÜÜTIDE DNA
 MIKROSKOOPIA

KÜLV:

- DERMATOFÜÜDID
 PÄRMID

MATERJAL:

- silenahk
 sõrmeküüned
 varbaküüned
 juuksed

PATSIENDI NIMEKLEEPS

Proovivõtu kuupäev: Kellaeg: Proovivõtja nimi/allkiri: