**NAHA-, JUUSTE- JA KÜÜNESEENTE UURINGUTE SAATEKIRI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATSIENT** | | |  | **TELLIJA** | | |  |  | |  |
| Eesnimi: | |  | | Arst: |  | | |  | |  |
| Perekonnanimi: | |  | | Telefon: | |  | | | Arstikood: |  |
| Isikukood/sünniaeg: | | |  | Osakond/raviasutus: | | |  |  | |  |
| Vanus: |  | | | Kuupäev: | |  | | Arsti allkiri: | |  |
| Sugu: M N  N | | |  |  | | |  | *PATSIENDI NIMEKLEEPS* | |  |

**UURING:** **MATERJAL:**

DERMATOFÜÜTIDE DNA silenahk

MIKROSKOOPIA sõrmeküüned

KÜLV: varbaküüned

DERMATOFÜÜDID juuksed

PÄRMID

Proovivõtu kuupäev: ……………… Kellaaeg: ……………… Proovivõtja nimi/allkiri: …………………………