



Wojewódzki Szpital Chorób Płuc  
im. dr. Alojzego Pawelca  
44-300 Wodzisław Śl., ul. Bracka 13  
tel. 32 453 71 24

.....  
pieczęć jednostki kierującej/oddział

## SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE

Nazwisko i imię ....., płeć: K ☐ M ☐

PESEL/data urodzenia ....., wiek .....

Adres .....

Rozpoznanie kliniczne .....

.....

.....

.....

Rodzaj materiału .....

Data pobrania materiału ....., godzina .....

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium .....

.....

.....  
lekarz kierujący