



Karta badania histopatologicznego

*Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonanie badania biopsji cienkoigłowej.
Jestem poinformowany/a o istocie zabiegu jak i o możliwych powikłaniach.*

Lekarz kierujący:	
Imię:	
Nazwisko:	
Wiek:	
Adres:	
Rozpoznanie kliniczne:	
Lokalizacja zmiany:	
Wcześniejsze leczenie:	

Podpis pacjenta.....Data.....

Podpis i pieczętka wykonującego badanie.....

Data badania.....