|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Εξέταση:** | ……………….. | **BARCODE: ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ GENEKOR** |
| **1. Πληροφορίες Εξεταζόμενου**  |
| Όνομα: ………………..Επώνυμο: ……………….. | Οδός:………………..Πόλη: ………………..Περιοχή:………………..Τ.Κ.:………………..Χώρα:………………..  | Σταθερό: ………………..Κινητό: ……………….. |
| Αποστολέας (εάν δεν είναι ο ίδιος ο εξεταζόμενος): ……………….. | Ημερομ. Γέννησης: ………………..[ ]  Άρρεν [ ]  ΘήλυΌνομα Πατρός: ……………….. ΑΜΚΑ: ……………….. |
| **2. Πληροφορίες Δείγματος****ΟΛΑ ΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΟΡΜΑ**  | **3. Κλινικά -Ιστολογικά Στοιχεία** |
|  A. Το δείγμα που εστάλη στη Genekor είναι:[ ]  Αίμα Κωδικός: ……………….. Πλήθος Φιαλιδίων: ………………..[ ]  Κύβος Παραφίνης Κωδικός:……………….. Πλήθος Κύβων: ……………….. [ ]  Τομές Παραφίνης Κωδικός: ……………….. Πλήθος Τομών: ………………..☐ Άλλο ……………….. Πλήθος: ……………….. B. Ημερομηνία Λήψης Δείγματος: ……………….. | Κλινική / Ιστολογική Διάγνωση………………..……………….. |
| **4. Σχόλια**……………….. |
| **5. Πληροφορίες Παραπέμποντα Ιατρού 7. Υπογραφή & Σφραγίδα**

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Υπογραφή & Σφραγίδα** | **8. Ημερομηνία** |

 | **6. Υπογραφή & Σφραγίδα** |
| **Ιατρός**Όνομ/νυμο: ………………..Τηλέφωνο: ………………..Ειδικότητα: ………………..Ίδρυμα: ………………..Διεύθυνση: ………………..Email: ………………..Fax: ……………….. | Ημερομηνία: ……………….. |