|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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  Θήλυ  Όνομα 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: ……………….. |