**OBJEDNÁVKA HISTOPATOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ TKÁNÍ ZVÍŘETE**

**MAJITEL ZVÍŘETE:** **ODESÍLAJÍCÍ VETERINÁRNÍ** **LÉKAŘ:**

Jméno: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Jméno: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ulice: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Ulice: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Obec a PSČ: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Obec a PSČ: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

IČO: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . IČO: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Email: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Email: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Telefon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Telefon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**INFORMACE O VZORKU:**

Druh a plemeno zvířete: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Pohlaví: . . . . . . . . Věk: . . . . .

Místo výskytu patologické změny: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Velikost, tvar a konzistence změny: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Doba růstu změny, recidivy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**PLÁTCE VYŠETŘENÍ:** MAJITEL nebo VETERINÁRNÍ LÉKAŘ (označte)

Výsledek vyšetření bude zaslán poštou plátci nebo jej lze vyzvednout osobně

Vyšetřené vzorky a tkáně se stávají majetkem SVÚ Praha

Souhlasím s podmínkami vyšetření a platbou:

Datum: . . . . . . . . . . . . . . .

Podpis plátce: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .