



هوالشافی

آزمایشگاه تشخیص ژنتیک پزشکی ایراژن

فرم پذیرش بیمار جهت آزمایشات مولکولی

شماره پرونده:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

سن:

نام پزشک درخواست کننده:

نام آزمایش درخواستی:

نوع نمونه:

تاریخ نمونه گیری:

علت مراجعه به پزشک و درخواست آزمایش:

آدرس:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

شرح حال / شجره نامه / توضیحات (در صورت نیاز):

امضاء مراجعه کننده:

امضاء مسئول پذیرش:

