

SAMSUNG

삼성서울병원

TEL 02-3410-2799

FAX 02-3410-0025

병리검사의뢰서

성명		주민번호	
주소			
전화번호		휴대폰번호	
상병명			
환자상태 및 진료소견			
의뢰검체정보	병리번호 :	Block 수 :	
		Slide 수 :	H&E Slide ()장 Unstain Slide ()장
결과지 및 유전동의를 관련	결과지 : 유 / 무 유전자검사 동의서 : 유 / 무		
검사명 및 검사 코드	검사용 <input type="checkbox"/> 결과포함 <input type="checkbox"/> (결과포함 시 H&E slide와 해당검사기관의 결과지는 필수)		
	검사명	검사코드	검사명
수탁기관 정보		검사의뢰기관정보	
검사센터명	녹십자의료재단	의사명	면허번호*
검사센터전화번호	031-260-9251	병원명	
진료정보 공개동의서*		전화번호	
		의뢰일	
진료정보 공개동의서*			
본인은 삼성서울병원에서 진료받은 진료정보가 치료목적에 한하여 진료일 이후 1년간 의뢰의사에게 제공되는 것에 동의합니다. [진료정보 : 진단명, 검사결과 및 영상, 투약내용, 치료계획 등]			
주민등록번호 : -		본인(대리인)	년 월 일 (서명)
삼성서울병원은 수진자의 진료정보 보호를 위하여 정보공개를 하지 않습니다. 다만 수진자가 정보공개 동의서를 작성한 경우에 한하여 예외적으로 공개하고 있습니다			

*항목은 선택 기재 사항입니다.