**NAHA-, JUUSTE- JA KÜÜNESEENTE UURINGUTE SAATEKIRI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATSIENT** |  | **TELLIJA** |  |  |  |
| Eesnimi: |  | Arst: |  |  |  |
| Perekonnanimi: |  | Telefon: |  | Arstikood: |  |
| Isikukood/sünniaeg:  |  | Osakond/raviasutus: |  |  |  |
| Vanus: |  | Kuupäev: |  | Arsti allkiri: |  |
| Sugu: M N N |  |  |  | *PATSIENDI NIMEKLEEPS* |  |

**UURING:** **MATERJAL:**

 DERMATOFÜÜTIDE DNA silenahk

 MIKROSKOOPIA sõrmeküüned

KÜLV: varbaküüned

 DERMATOFÜÜDID juuksed

 PÄRMID

Proovivõtu kuupäev: ……………… Kellaaeg: ……………… Proovivõtja nimi/allkiri: …………………………