Data oddział	Imię, nazwisko i wiek pacjenta	Rodzaj badania	PESEL	Ilość preparatu	Nr historii choroby	Czytelny podpis instrumentariuszki	Osoba wydająca wycinek (instrumentariuszka)	Osoba odbierająca wycinek, data i godzina odbioru
1	2	3	4	5	6	7	8	9