

**LABORATORIJSKO POROČILO O POZITIVNEM IZVIDU MIKROSKOPSKEGA  
PREGLEDA NA ACIDO – IN ALKOHOLOREZISTENTNE BACILE**

Laboratorij: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Teden poročanja: od dne \_\_\_\_\_ do dne \_\_\_\_\_  
datum datum

Zap. št.	Priimek in ime	Datum rojstva	Datum sprejema kužnine	Vrsta kužnine	Mikroskopski pregled na ARB	AT na MTc	Pošiljatelj (ustanova, zdravnik)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis odgovorne osebe: \_\_\_\_\_