

Žádanka na laboratorní vyšetření

Rodné číslo:									
Příjmení, titul:									
Jméno:									
Oddělení:									
Diagnózy:		☐ Muž	☐ Žena						
Pojišťovna:		☐ Rutina	☐ Statim						

Čas odběru:		Podpis odebírajícího:
Datum odběru:		

MOČ

- ☐ Moč chem. + sediment
☐ Toxikologie

☐ Hamburgerův sed.

objem moče (ml):

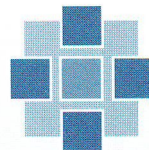
dobu sběru (min.):

STOLICE

- ☐ Hemoglobin ve stolici

POT

- ☐ Potní test



NEMOCNICE
PARDUBICKÉHO KRAJE
SVITAVSKÁ NEMOCNICE

Poskytovatel zdravotních služeb

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

Svitavská nemocnice, Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy

IČ: 275 20 536, telefon: +420 461 569 111

Záznamy OKB

Jméno a adresa lékaře:
razítko (vč. IČP) a podpis