

POŽADAVEK NA VYŠETŘENÍ DIETNÍ KOMPENZAČE Z KRVE

Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK

Ke Karlovu 455/2, 128 08 Praha 2, telefon: laboratoř 224 967 710, ambulance 224 967 670, fax: 224 967 081

DIAGNOSTICKÉ LABORATOŘE DMP - BIOCHEMICKÁ LABORATOŘ

Pacient

Číslo pojištění:

--	--

Kód pojišťovny:

--

Příjmení:

--

Pohlaví: **M / Ž**

Jméno:

--

Základní diagnóza:

--

Adresa:

--

Žadatel

IČP:

--

Jméno lékaře:

--

Odbornost:

--

Razítko a podpis:

PKU/HPA [10]

MS/MS [29]

Tyrozinémie I. typu [8]

Homocystinurie [*8]

Odběr suché krevní kapky

Čas odběru:

--	--

Datum odběru:

--	--	--

Odběr provedl:

--

Datum zaslání:

--	--	--

Pro potřeby laboratoře
(vyplňuje laboratoř):

Přijal:

--

Materiál:

--