

Žádanka o vyšetření

Číslo pojištěnce/RČ: ZP:

Jméno a příjmení:

Kód diagnózy:

Pohlaví: M Ž Datum narození:

Kontakt na pacienta:

Primární vzorek: krev jiný:

Datum a čas odběru vzorku: Odběr provedl:

Požadovaná vyšetření:

Pozn. Aktuální seznam prováděných vyšetření viz. www.interimun.cz

Razítko, podpis odesílatele

Žádanka o vyšetření

Číslo pojištěnce/RČ: ZP:

Jméno a příjmení:

Kód diagnózy:

Pohlaví: M Ž Datum narození:

Kontakt na pacienta:

Primární vzorek: krev jiný:

Datum a čas odběru vzorku: Odběr provedl:

Požadovaná vyšetření:

Pozn. Aktuální seznam prováděných vyšetření viz. www.interimun.cz

Razítko, podpis odesílatele

Žádanka o vyšetření

Číslo pojištěnce/RČ: ZP:

Jméno a příjmení:

Kód diagnózy:

Pohlaví: M Ž Datum narození:

Kontakt na pacienta:

Primární vzorek: krev jiný:

Datum a čas odběru vzorku: Odběr provedl:

Požadovaná vyšetření:

Pozn. Aktuální seznam prováděných vyšetření viz. www.interimun.cz

Razítko, podpis odesílatele