

Vypĺňať paličkovým písmom tmavým perom.

interný kód laboratória

Rodné číslo:		☐ muž ☐ žena	hl. diagnóza (MKCH):	1.	Kód PZS odosielateľa:		
Priezvisko:			pridružená diagnóza:	2.	Kód LEKÁRA odosielateľa:		
Meno:				3.	Kód PZS odporúčajúceho:		
Bydlisko:			žiadanka vystavená:		Kód LEKÁRA odporúčajúceho:		
ID hospitalizačného prípadu:			kód poisťovne:		Pečiatka a podpis lekára		
EÚ poisťenci: (priložiť kópiu ZP)		Typ poskytnutej zdrav. starostlivosti:		dátum odoberu:			
Identifikačné číslo pacienta		Kód krajiny EU:		čas odoberu:			
E-mail pacienta:			Fakturovať:	☐ zdravot. zariadenie ☐ pacient	Súhlasím s platbou za vykonané laboratórne vyšetrenie/-ia: podpis pacienta		

Predmet vyšetrenia a lokalizácia:

Fixácia:

Klinický priebeh, terapia, ožarovanie, diagnóza

Dátum odoslania: