

ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ - KREV DO EDTA

Uherskohradištská
nemocnice a.s.

Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradištská nemocnice a. s.
 J. E. Purkyně 365
 686 68 Uherské Hradiště
 www.nemuh.cz, **572 529 111**, IČ 276 60 915
 Telefon hematologické laboratoře: **572 529 803**

Laboratorní č.

STATIM

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození: Pohlaví: M Ž

Kód pojišťovny: Dg.:

ŽADATEL

Razítko a podpis lékaře, identifikace
zdravotnického zařízení, oddělení,
IČP (IČZ), odbornost, kontaktní údaje.

Datum a čas odběru:

Odebral:

Datum a čas příjmu:

Klinicky relevantní informace:

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

KREVNÍ OBRAZ (KO)

DIFF mikroskopicky

KREVNÍ OBRAZ + DIFF (KO + DIFF)

Retikulyocyty

ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ - KREV DO EDTA

Uherskohradištská
nemocnice a.s.

Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradištská nemocnice a. s.
 J. E. Purkyně 365
 686 68 Uherské Hradiště
 www.nemuh.cz, **572 529 111**, IČ 276 60 915
 Telefon hematologické laboratoře: **572 529 803**

Laboratorní č.

STATIM

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození: Pohlaví: M Ž

Kód pojišťovny: Dg.:

ŽADATEL

Razítko a podpis lékaře, identifikace
zdravotnického zařízení, oddělení,
IČP (IČZ), odbornost, kontaktní údaje.

Datum a čas odběru:

Odebral:

Datum a čas příjmu:

Klinicky relevantní informace:

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

KREVNÍ OBRAZ (KO)

DIFF mikroskopicky

KREVNÍ OBRAZ + DIFF (KO + DIFF)

Retikulyocyty

ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ - KREV DO EDTA

Uherskohradištská
nemocnice a.s.

Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradištská nemocnice a. s.
 J. E. Purkyně 365
 686 68 Uherské Hradiště
 www.nemuh.cz, **572 529 111**, IČ 276 60 915
 Telefon hematologické laboratoře: **572 529 803**

Laboratorní č.

STATIM

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození: Pohlaví: M Ž

Kód pojišťovny: Dg.:

ŽADATEL

Razítko a podpis lékaře, identifikace
zdravotnického zařízení, oddělení,
IČP (IČZ), odbornost, kontaktní údaje.

Datum a čas odběru:

Odebral:

Datum a čas příjmu:

Klinicky relevantní informace:

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

KREVNÍ OBRAZ (KO)

DIFF mikroskopicky

KREVNÍ OBRAZ + DIFF (KO + DIFF)

Retikulyocyty

ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ - KREV DO EDTA

Uherskohradištská
nemocnice a.s.

Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradištská nemocnice a. s.
 J. E. Purkyně 365
 686 68 Uherské Hradiště
 www.nemuh.cz, **572 529 111**, IČ 276 60 915
 Telefon hematologické laboratoře: **572 529 803**

Laboratorní č.

STATIM

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození: Pohlaví: M Ž

Kód pojišťovny: Dg.:

ŽADATEL

Razítko a podpis lékaře, identifikace
zdravotnického zařízení, oddělení,
IČP (IČZ), odbornost, kontaktní údaje.

Datum a čas odběru:

Odebral:

Datum a čas příjmu:

Klinicky relevantní informace:

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

KREVNÍ OBRAZ (KO)

DIFF mikroskopicky

KREVNÍ OBRAZ + DIFF (KO + DIFF)

Retikulyocyty