

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ INFEKČNÍCH MARKERŮ

Transfuzní oddělení FTN

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4
pav. B2, tel.: 261 08 3130 (3310)



Příjmení:	Žadatel (IČZ, jméno lékaře, odbornost):	
Jméno:		
Rodné číslo:		
Dg:		
Pojišťovna:	Samoplátce: <input type="checkbox"/>	Telefon:
Datum:	Podpis:	

Lab. číslo:

Odesláno:

Požadovaná vyšetření (zaškrtněte):

- HIV (protilátky + antigen)
- syfilis (protilátky)