

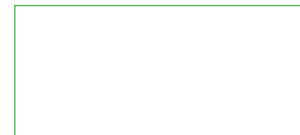


Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
www.ousa.sk

ŽIADANKA NA LABORATORNE VYŠETRENIA

Oddelenie klinickej biochémie

GLYKOVANÝ HEMOGLOBÍN Z KAPILÁRNEJ KRVI (HbA1C)



Dátum odberu: <input type="text"/>	Čas odberu: <input type="text"/>	Kód PZS odosielaajúceho lekára: <input type="text"/>
Dátum prijmu: <input type="text"/>	Čas prijmu: <input type="text"/>	Kód odosielaajúceho lekára: <input type="text"/>
Dátum vystavenia žiadanky: <input type="text"/>	* Nepovinný údaj	Tel. číslo/Email: * <input type="text"/>
Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>		Kód PZS odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>
		Kód odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>
		Poznámka lekára: <input type="text"/>

P. Č.	Rodné číslo	Priezvisko	Meno	Kód ZP	Diagnóza	Číslo pacienta (vpisuje laborant)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

Podpis laboranta: _____

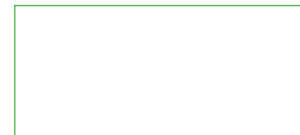


Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
www.ousa.sk

ŽIADANKA NA LABORATÓRNE VYŠETRENIA

Oddelenie klinickej biochémie

GLYKOVANÝ HEMOGLOBÍN Z KAPILÁRNEJ KRVI (HbA1C)



P. č.	Rodné číslo	Priezvisko	Meno	Kód ZP	Diagnóza	Číslo pacienta (vpisuje laborant)
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						
32.						
33.						
34.						
35.						
36.						
37.						
38.						
39.						
40.						
41.						
42.						
43.						
44.						
45.						
46.						
47.						

Podpis laboranta:

