

Žádanka o vyšetření krevní skupiny ABO Rh (D)

Identifikace vyšetřované osoby

**vyplňte u cizinců*

Příjmení

Jméno

Rodné číslo

Pohlaví

Číslo pojištěnce*

Datum narození*

Diagnóza

Pojišťovna

Druh primárního vzorku krev

Datum odběru:

Čas odběru:

Identifikace zadavatele

IČP

Odbornost

Adresa

telefon

(Vyplňuje LABORATOŘ !!!)

Materiál převzal a přezkoumal dle LP :

Datum dodání : 20

Čas dodání :

:

Poznámka

Razítko, jméno a podpis lékaře

