

## Objednávka laboratorního vyšetření

Kód pojišťovny:	Datum a čas odběru:
<b>Pacient:</b>	<b>Lékař:</b>
Jméno:	IČZ:
Rodné číslo:	Odbornost:
Č. pojištěnce:	Adresa:
Variabilní symbol:	
Základní diagnóza:	
Ostatní diagnózy:	Razítko a podpis:
Důvod požadavku/poznámka:	

<b>Požadované vyšetření DNA (PCR):</b>	<input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> výtěr dutiny ústní
<input type="checkbox"/> <b>Základní panel</b>	
FV Leiden G1691A, FII Protrombin G20210A, MTHFR C677T	
<input type="checkbox"/> <b>Kompletní panel</b>	
FV Leiden G1691A, FV R2 H1299R, FII Protrombin G20210A, MTHFR C677T, MTHFR A1298C, FXIII V34L, PAI-1 4G/5G, ACE I/D, GpIIIa 1a/b, $\beta$ -fibrinogen G455A, ApoB R3500Q, ApoE (E2/E3/E4)	

<b>Laboratoř:</b>
Datum příjmu: