

ŽÁDANKA O MIKROBIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Příjmení a jméno pacienta	
R. Č.	Pojišťovna

Adresa pacienta	
Ulice	
Obec	
Telefon	
Materiál	Požadované vyšetření
Diagnóza, (další diagnózy)	Datum odběru, (čas)

Příjmení a jméno lékaře		
Adresa lékaře		
Ulice		
Obec		
Telefon		
IČZ	Odbornost	E-mail
Razítko lékaře, podpis		

Datum příjmu, čas	Protokolární číslo	Přijal
--------------------------	---------------------------	---------------