Vypĺňať paličkovým písmom tmavým perom.

na **hematologické** vyšetrenie

ŽIADANKA H 1 1 0 1

Miesto na nalepenie čiarového kódu.

Údaje o pacientovi

Rodné číslo, resp. číslo poistenca

Meno

Priezvisko

Pohlavie muž ☐ žena ☐

U cudzincov Kód krajiny EU

Identif. číslo pacienta

Kód dg.

Kód poisťovne pacienta

Dátum odberu

d d . m m . r r

Čas odberu

:

Kód poskytovateľa

Kód odosielajúceho lekára

Tel.

Pečiatka lekára:

Materiál	☐ Plná krv	☐ Kostná dreň	☐ Iné

HEMOGRAM	**CYTOLOGICKÉ VYŠETRENIE KRVI A KOSTNEJ DRENE**	☐
☐ Krvný obraz	☐	☐
☐ Diferenciál	☐	☐
☐ Retikulocyty	☐	☐

LABMED, a.s., člen **MEDIREX** GROUP
Rastislavova 43 ■ 041 90 Košice ■ ld@labmed.sk
tel.: 0850 00 30 60 ■ mobil +421 915 78 59 20
www.labmed.sk ■ www.medirexgroup.sk

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification