



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

I. interní klinika – Hematoonkologická laboratoř |

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

Vedoucí laboratoře: MUDr. Jan Molinský, PhD | email: Jan.Molinsky@vfn.cz | tel.: 224 96 2560, 3113

Žádanka | F-I.IK-LAB-03 | strana 1 z 1 | verze 5

ŽÁDANKA NA MORFOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ PERIFERNÍ KRVE

Jméno a příjmení: Rodné číslo: Kód pojišťovny: Diagnóza: Pohlaví:	Ordinující lékař (razíko, IČP, odbornost, podpis): Adresa pracoviště:
--	--

Materiál k vyšetření: <input type="checkbox"/> Žilní odběr <input type="checkbox"/> Kapilární odběr	Datum a čas odběru:
--	----------------------------

Epikríza + důvod vyšetření:

Vyplňuje laboratoř: Číslo materiálu: _____ Datum a čas přijetí: _____	Převzal a přezkoumal: _____
--	-----------------------------

Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a dle pokynů Laboratorní příručky <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/i-interni-klinika-hematologie/laborator/>