

Žádanka na kožní tuberkulinový test (Mantoux)

Identifikační štítek pacienta:

Jméno: Kód ZP:

Příjmení:

RČ pacienta:

Adresa bydliště:

Žádáme u výše uvedeného pacienta provedení
MANTOUX testu.

Děkujeme za spolupráci
Klinika chorob kožních a pohlavních

Podpis:

Datum:

Informace pro pacienta:

Vyšetření se provádí v **budově H1 – lůžková část
Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy FNOL**
3. patro, vyšetřovna KALMETIZACE

Žádanka na kožní tuberkulinový test (Mantoux)

Identifikační štítek pacienta:

Jméno: Kód ZP:

Příjmení:

RČ pacienta:

Adresa bydliště:

Žádáme u výše uvedeného pacienta provedení
MANTOUX testu.

Děkujeme za spolupráci
Klinika chorob kožních a pohlavních

Podpis:

Datum:

Informace pro pacienta:

Vyšetření se provádí v **budově H1 – lůžková část
Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy FNOL**
3. patro, vyšetřovna KALMETIZACE

Žádanka na kožní tuberkulinový test (Mantoux)

Identifikační štítek pacienta:

Jméno: Kód ZP:

Příjmení:

RČ pacienta:

Adresa bydliště:

Žádáme u výše uvedeného pacienta provedení
MANTOUX testu.

Děkujeme za spolupráci
Klinika chorob kožních a pohlavních

Podpis:

Datum:

Informace pro pacienta:

Vyšetření se provádí v **budově H1 – lůžková část
Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy FNOL**
3. patro, vyšetřovna KALMETIZACE

Žádanka na kožní tuberkulinový test (Mantoux)

Identifikační štítek pacienta:

Jméno: Kód ZP:

Příjmení:

RČ pacienta:

Adresa bydliště:

Žádáme u výše uvedeného pacienta provedení
MANTOUX testu.

Děkujeme za spolupráci
Klinika chorob kožních a pohlavních

Podpis:

Datum:

Informace pro pacienta:

Vyšetření se provádí v **budově H1 – lůžková část
Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy FNOL**
3. patro, vyšetřovna KALMETIZACE

