

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Adresa:	

RUTINA		
Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)	Razítko, IČL a podpis lékaře:		
	Telefon žadatele:	Datum a čas odběru **	Datum a čas příjmu
		<i>** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)</i>	

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ (biologický materiál - BM) – označte

<input type="checkbox"/> venózní krev s EDTA	<input type="checkbox"/> jiný materiál:
--	---

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi, léčba, délka trvání a průběh onemocnění, předchozí vyšetření, apod.):

--

POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ - volbu označte

Informovaný souhlas pacienta: <input type="checkbox"/> založen ve zdravotnické dokumentaci*
*Pacient souhlasí s uchováním BM na Ústavu lékařské genetiky: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
*Pacient souhlasí s anonymním využitím BM v lékařské vědě a výzkumu: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
DNA diagnostika
<input type="checkbox"/> Izolace a uložení DNA
<input type="checkbox"/> Roztroušená skleróza
<input type="checkbox"/> Parkinsonova choroba
Přezkoumal (jmenovka+podpis), datum: