Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP		Datum	Čís. dokladu	
		Odbornost			Poř. č.	

provedl díl B

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ

Pacient **Pohlaví:** M ☐ Ž ☐

Č. pojištěnce:			
Datum narození:			
Příjmení:			
Jméno:			
Pojišťovna:		Diagnóza:	
Datum odběru:		Čas odběru:	

IČP			
Odbornost			
Var. symbol			
Datum		Kód	Poč.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Požadováno:

Stanovení karbohydrát-deficientního transferinu - %CDT

Poznámka:

razítko a podpis lékaře

Dne:

razítko a podpis

Požadovaný materiál na vyšetření: **sérum**

<u>Adresa laboratoře:</u>

Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky
Laboratoř pro komplexní výzkum nových biomarkerů

Na Bojišti 3
121 08, Praha 2

4. patro – centrální příjem materiálu
Tel. 22496 4204