

# POŽADAVEK NA VYŠETŘENÍ DIETNÍ DIETNÍ Z KRVE

Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu VFN a 1. LF UK

Ke Karlovu 455/2, 128 08 Praha 2, IČ: 00064165, tel.: sekretariát 224 967 710, e-mail: udmp@vfn.cz, WWW: www.vfn.cz

DIAGNOSTICKÉ LABORATOŘE DPM - BIOCHEMICKÁ LABORATOŘ

## Pacient

Číslo pojištění:

--	--

Kód pojišťovny:

--

Příjmení:

--

Pohlaví: **M** / **Ž**

Jméno:

--

Základní diagnóza:

--

## Žadatel

IČP:

--

Jméno lékaře:

--

Odbornost:

--

## Razítko a podpis:

PKU/HPA [10]  SAA [8]  NTBC [15]  Prekoncepce [297]

MS/MS [29]  Homocystinurie [\*8]  Gravidní [298]

## Odběr suché krevní kapky

Čas odběru:

--	--

Datum odběru:

--	--	--

Odběr provedl:

--

Datum zaslání:

--	--	--

Pro potřeby laboratoře  
(vyplňuje laboratoř):

Přijal:

--

Materiál:

--