 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod
	Úsek PCR tel. 569 472 377
Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR	
IČO: 00179540	

Příjmení:

Jméno:

Č. pojištěnce/pohlaví: **Poj.**

Bydliště:

Datum odběru: **Čas odběru:**

ATB terapie: **Dg.**

Odebraný materiál:

Lokalizace:

Požadované vyšetření cílené:

- SARS-CoV-2
- virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké riziko
- virus hepatitidy C - kvantitativně
- Herpes simplex virus I a II
- Varicella zoster virus
- Meningeální panel / *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* /

- Mycobacterium tuberculosis* complex - semikvantitativně
- Chlamydia trachomatis* / *Neisseria gonorrhoeae*
- Chlamydia trachomatis*

Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:


razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

OSL_FRM_45

Platí od: 12.5.2021

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod
	Úsek PCR tel. 569 472 377
Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR	
IČO: 00179540	

Příjmení:

Jméno:

Č. pojištěnce/pohlaví: **Poj.**

Bydliště:

Datum odběru: **Čas odběru:**

ATB terapie: **Dg.**

Odebraný materiál:

Lokalizace:

Požadované vyšetření cílené:

- SARS-CoV-2
- virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké riziko
- virus hepatitidy C - kvantitativně
- Herpes simplex virus I a II
- Varicella zoster virus
- Meningeální panel / *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* /

- Mycobacterium tuberculosis* complex - semikvantitativně
- Chlamydia trachomatis* / *Neisseria gonorrhoeae*
- Chlamydia trachomatis*

Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:


razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

OSL_FRM_45

Platí od: 12.5.2021

 NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD	Oddělení společných laboratoří, Nemocnice Havlíčkův Brod
	Úsek PCR tel. 569 472 377
Žádanka o laboratorní vyšetření metodou PCR	
IČO: 00179540	

Příjmení:

Jméno:

Č. pojištěnce/pohlaví: **Poj.**

Bydliště:

Datum odběru: **Čas odběru:**

ATB terapie: **Dg.**

Odebraný materiál:

Lokalizace:

Požadované vyšetření cílené:

- SARS-CoV-2
- virus chřipky A, virus chřipky B, RS virus
- lidský papillomavirus (HPV) - vysoké riziko
- virus hepatitidy C - kvantitativně
- Herpes simplex virus I a II
- Varicella zoster virus
- Meningeální panel / *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* /

- Mycobacterium tuberculosis* complex - semikvantitativně
- Chlamydia trachomatis* / *Neisseria gonorrhoeae*
- Chlamydia trachomatis*

Doplňující sdělení k odběru vzorků:

Odesílatel:

razítko (IČZ, odbornost, telefon, podpis)

Přezkoumal a převzal, datum, čas:

Laboratorní číslo:

OSL_FRM_45

Platí od: 12.5.2021