



Žádanka o vyšetření OKBH

Hematologie

ID č. pacienta:

Oddělení:

Příjmení a jméno:

Pojišťovna:

Diagnóza:

Krevní obraz

Diferenciál leukocytů

APTT

Quickův test

Antikoagulační terapie

Retikulocyty

Sedimentace

Není-li jednoznačné z identifikačních údajů, prosím, uveďte pohlaví pacienta.

Požaduje:

IČZ lékaře:

Odbornost:

Datum a čas odběru :

Podpis:

Odběr provedl :

Poznámka: