

## ŽÁDANKA o imuno hematologické vyšetření

Hematologické a transfúzní oddělení  
Nemocniční 955, Vsetín 755 01, tel.: +420 571 818 605

|                                   |  |  |                     |  |   |           |  |  |  |                 |          |  |
|-----------------------------------|--|--|---------------------|--|---|-----------|--|--|--|-----------------|----------|--|
| <b>PACIENT:</b> (příjmení, jméno) |  |  |                     |  | <b>ŽADATEL:</b> Razítko lékaře, telefon, IČP: |           |  |  |  |                 |          |  |
| Číslo pojištěnce (rodné číslo):   |  |  |                     |  |   |           |  |  |  |                 |          |  |
|                                   |  |  |                     |  | /   |           |  |  |  | Kód pojišťovny: | Kód Dg.: | <input type="checkbox"/> <b>STATIM</b> |
| Datum a čas odběru:               |  |  | Datum a čas příjmu: |  |   | Poznámka: |  |  |  |                 |          |  |
| Odebral + podpis:                 |  |  |                     |  |   |           |  |  |  |                 |          |  |

### VYŠETŘENÍ:

- Krevní skupina  
 Screening protilátek

- PAT  
 NAT

odběr do zkumavky s EDTA