

ŽÁDANKA - Krevní obraz

Hematologické a transfúzní oddělení

Nemocniční 955, Vsetín 755 01, tel.: +420 571 818 605

PACIENT (unifikovaný štítek):

ŽADATEL:

Jméno a příjmení:		Razítko lékaře, telefon, IČP:		
Rodné číslo (datum narození):				
		Kód pojišť.:	Kód Dg.:	Vedlejší Dg.:
Datum a čas odběru	<i>uvedte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)</i>	Datum a čas příjmu:		Údaje laboratoře:

KREVNÍ OBRAZ

Retikulocyty

Sedimentace FW

KO

KO + diff.

KO + diff. vizuálně