

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

GLYKÉMIE
(kapilární odběr)

MOČ CHEMICKY
BÍLKOVINA
GLUKÓZA
KETOLÁTKY

GLYKEMICKÝ PROFIL