

## Žádanka o vyšetření krevní skupiny ABO Rh (D)

Identifikace vyšetřované osoby

*\*vyplňte u cizinců*

Příjmení

Jméno

Rodné číslo

Pohlaví

Číslo pojištění\*

Datum narození\*

Diagnóza

Pojišťovna

Druh primárního vzorku

krev

Datum odběru:

Čas odběru:

Identifikace zadavatele

IČP

Odbornost

Adresa

telefon

**(Vyplňuje LABORATOŘ !!!)**

Materiál převzal a přezkoumal dle LP :

Datum dodání :

20

Čas dodání :

:

Poznámka

Razítko, jméno a podpis lékaře