

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

Identifikace vyšetřované osoby *\*vyplňte u cizinců*

Příjmení	Jméno
Rodné číslo	Pohlaví
Číslo pojištěnce*	Datum narození*
Diagnóza	Pojišťovna
Druh primárního vzorku	krev
Datum odběru:	Čas odběru:

Identifikace zadavatele	IČP	Odbornost
Adresa	telefon	
<b>(Vyplňuje LABORATOŘ !!!)</b> Materiál převzal a přezkoumal dle LP :		
Datum dodání : 20		Čas dodání :
Poznámka		
Razítko, jméno a podpis lékaře		