

Číslo vyšetření: (nevyplňujte)

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ V PORADNÁCH HIV/AIDS



ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SE SÍDLEM V OSTRAVĚ

oddělení VIROLOGIE

Partyzánské náměstí 2633/7, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava

www.zuova.cz, tel.: 596 200 111, IČZ: 91 866 000

Muž Žena

Příjmení a jméno pacienta: **Státní příslušnost:**

Číslo pojištěnce: **Datum narození:**
(resortní identifikátor)

Kód pojišťovny: **Základní diagnóza:** Z017

Bydliště:

E-mail:

Telefonní číslo:

Datum odběru:

Čas odběru:

Odebral:

Typ materiálu: srážlivá krev

IČZ/IČP, razítko a podpis odesílatele:

Požadované vyšetření:

Vyšetření na lues:

RPR, *Treponema pallidum*, total

Virové hepatitidy:

HBsAg

anti – HCV