

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 (kl. 225), IČZ: 91 866 000

Muž Žena

Anonymizované číslo:

Rok narození:

Kód pojišťovny:

Základní diagnóza: Z017

Typ materiálu: srážlivá krev

Datum odběru:

Čas odběru:

Odebral:

IČZ/IČP, razítko a podpis odesílatele:

Požadované vyšetření:

anti – HIV 1,2 + Ag, p24