

Žádanka na vyšetření spermioqramu

Osobní data pacienta (štítek):	Indikující lékař:
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce: Adresa: Diagnóza (MKN):	(Jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Osobní data partnerky pacienta*:	
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: <i>*Vyplnit v případě indikace infertilního páru</i>	
Datum indikace:	
Klinická data – zdůvodnění vyšetření (doplní odesílající lékař):	
Požadované vyšetření:	
<input type="checkbox"/> Vyšetření spermioqramu	
Vyšetření provádí: GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET	
<input type="checkbox"/> IVF laboratoř Letná – Kostelní 9/292, 170 00 Praha 7, Tel.: 222 313 000 <input type="checkbox"/> IVF laboratoř Archa – Na Poříčí 1047/26, 110 00 Praha 1, Tel.: 226 226 205 <input type="checkbox"/> IVF laboratoř Liberec – Liliová 1, 461 00 Liberec, Tel.: 483 101 300	
Datum a čas příjmu žádanky:	Žádanku přijal(a):