

ŽÁDOST O GENETICKOU KONZULTACI

ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ / LÉKAŘ

Jméno a příjmení:	<input type="text"/>	Razítko a podpis lékaře požadujícího vyšetření:
Specializace:	<input type="text"/>	
IČZ:	<input type="text"/>	
Datum:	<input type="text"/>	

PACIENT

Jméno a příjmení:	<input type="text"/>	Zdravotní pojišťovna:	<input type="text"/>	Číslo žádanky:	<input type="text"/>
Bydliště:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>		
Č. pojištěnce (rod. č.):	<input type="text"/>	Diagnóza číslem:	<input type="text"/>		

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ

Konzultace klinickým genetikem z důvodu:

Upozornění: Konzultace u klinického genetika nevstupuje do vyžádané péče odesílajícího lékaře.

GHC GENETICS s.r.o., Krakovská 8, 110 00 Praha 1, IČ: 28188535
Bezplatná linka +420 800 390 390, info@ghcgenetics.cz
Akreditované podle ČSN EN ISO 15189 pod číslem 8124,
Certifikované podle ČSN EN ISO 9001:2015, ČSN EN ISO/IEC 27001:2006
www.ghcgenetics.cz



F-56E

Laboratoře lékařské genetiky s.r.o. K Olšině 193, 530 09
Pardubice, Na Biřičce 360, 500 08 Hradec Králové, IČ:03909689
Tel.: +420 466 611 203, info@genetikapardubice.cz,
Akreditované podle ČSN EN ISO 15189:2013 pod číslem 8080
www.genetikapardubice.cz



číslo strany 1 z 1