



## ŽÁDOST O GENETICKOU KONZULTACI



### ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ/LÉKAŘ

Jméno a příjmení:

Specializace:

IČZ:

Datum:

Razítko a podpis lékaře požadujícího vyšetření:

### PACIENT

Jméno a příjmení

Bydliště

Číslo pojištěnce  
(rod. číslo)

Diagnóza  
číslem:

Číslo  
žádanky:

Telefon:

Zdravotní  
pojišťovna:

### POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ

Konzultace klinickým genetikem z důvodu:

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

**GHC GENETICS s.r.o.**, V Holešovičkách 1156/29, 182 00 Praha 8, IČ: 28188535, **Bezplatná linka +420 800 390 390**, [info@ghcgenetics.cz](mailto:info@ghcgenetics.cz), akreditované podle ČSN EN ISO 15189:2013 pod číslem 8124, certifikované podle ČSN EN ISO 9001:2015, ČSN EN ISO/IEC 27001:2006. [www.ghcgenetics.cz](http://www.ghcgenetics.cz)

**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](mailto:info@genetikapardubice.cz), akreditované podle ČSN EN ISO 15189:2013 pod číslem 8080, [www.genetikapardubice.cz](http://www.genetikapardubice.cz)

