

## Žádanka k vyšetření spermiogramu

<b>Jméno pacienta:</b> Č. pojištěnce/r. č.: Pojišťovna: Adresa: Pohlaví pacienta*: Datum narození*: Číslo chorobopisu: Kód(y) diagnóz dle MKN:  *) Vyplňujte pouze v případě, že tyto údaje nejsou zřejmé z rodného čísla.	<b>Partnerka*:</b>  *) Pouze v případě vyšetření infertilního páru.  <b>Primární vzorek</b> <input type="checkbox"/> ejakulát <input type="checkbox"/> moč <input type="checkbox"/> jiný:
<input type="checkbox"/> Žádám o provedení spermiogramu	Telefon pro objednání vyšetření: <b>224 433 578</b>
<b>Zdůvodnění vyšetření</b>	
<b>Indikující lékař</b>   (jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)	<b>Příjem CRG</b>  Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:  Vzorek/žádanku přijal(a):
Datum a čas indikace:	