

Žádanka k vyšetření spermiogramu

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