|  |  |
| --- | --- |
| **Žádanka k vyšetření spermiogramu** | |
| **Jméno pacienta:**  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. | **Partnerka\*:**  \*) Pouze v případě vyšetření infertilního páru. |
| **Primární vzorek**  □ ejakulát  □ moč  □ jiný: |
| □ Žádám o provedení spermiogramu | Telefon pro objednání vyšetření: **224 433 578** |
| **Zdůvodnění vyšetření** | |
|  | |
| **Indikující lékař** | **Příjem CRG** |
| (jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis) | Datum přijmu vzorku/žádanky:  Vzorek/žádanku přijal(a): |
| Datum a čas indikace: |  |