|  |
| --- |
| **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:  |  |