



Žiadanka na laboratórne vyšetrenie

Klinické laboratórium SK-Lab s.r.o.,

J. Szabóa 2, 984 01 Lučenec

tel.: 047 /4333 211, 210

peter.secnik@sklab.sk, heda.secnikova@sklab.sk, peter.secnikjr@sklab.sk



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÁ
POISTOVŇA



DÔVERA+
ZDRAVOTNÁ POISTOVŇA

Union
Zdravotná Poistovňa

| | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------------------|---|
| Titul, meno, priezvisko: | | Ordinoval lekár (pečiatka a podpis): | Klinické poznámky: <i>(diabetes matky, pozit.genet.anamnéza ...)</i> |
| Rodné číslo: | Dátum narodenia: | | |
| Bydlisko, kontakt: | | | |
| Diagnóza : | Zdrav. poisťovňa : | Dátum a čas odberu materiálu: | |

Klinické údaje (II. trimester)

Požadované vyšetrenia

(prosíme označiť krížikom vľavo)

Dátum poslednej menštruácie :

Dátum UZ vyšetrenia :

Trvanie gravidity podľa UZ (v dobe UZ)

 týždeň : deň :

Rozmer plodu podľa UZ

 BPD (cm) :

 CRL (cm) :

Hmotnosť pacientky :

Počet plodov :

I.trimester

PAPP-A, voľná beta HCG

II.trimester

AFP

beta HCG

estriol - voľný

Poznámky: