

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ SPECIÁLNÍCH KOAGULACÍ**Osobní data pacienta**

Jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Diagnóza:

Žadatel/oddělení (IČZ,
odbornost, razítko s adresou, telefon,
podpis)**Datum a čas odběru:****Odebírající osoba:****Požadované vyšetření**Základní☐☐☐

F VIII

Protein C

☐☐

Protein S

☐

LA

☐

APC-R

☐

DTI

API

RIV

☐☐☐☐Ostatní☐

FII

☐

FV

☐☐

FVII

FIX

FX

FXI

FXII

vWf

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ SPECIÁLNÍCH KOAGULACÍ

Osobní data pacienta

Jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Diagnóza:

Žadatel/oddělení (IČZ,
odbornost, razítko s adresou, telefon,
podpis)

Datum a čas odběru:

Odebírající osoba:

Požadované vyšetření

Základní

☐☐☐

F VIII

Protein S

Protein C

☐☐

LA

APC-R

☐☐☐

DTI

RIV

API

☐☐☐☐

Ostatní

☐☐

FV

☐☐

FII

FVII

FIX

FX

FXI

FXII

vWf