

Centrum lékařské genetiky – laboratoř  
Tel. 54313 6713, 6913, 6601

### Požadavek na odběr na genetické vyšetření

<b>Příjmení, jméno pacienta:</b>		
<b>Číslo pojištěnce:</b>	<b>Zdravotní pojišťovna:</b>	
<b>Číslo pasu (u cizinců)</b>	<b>Muž:</b>	<b>Žena:</b>
<b>Bydliště:</b>		
<b>Základní diagnóza:</b>	<b>Ostatní dg.:</b>	

Odběr proband – 1x 9ml s K3EDTA, 1x 2,6 ml s K3EDTA

Odběr prediktivní vyšetření – 2x 2,6ml s K3EDTA

Odběr RNA – 1x 2,6ml s K3EDTA + 1x TEMPUS


<b>Datum:</b>	<b>Indikující lékař</b>
---------------	-------------------------

<b>IČP:</b>
-------------

Podpis: .....

Razítko indikujícího pracoviště:

Datum a čas odběru:

Jméno odběrové sestry:

Příjem materiálu: