

POUKAZ NA ODBĚR KRVE: KARLOVO NÁMĚSTÍ 32 PRAHA 2

ÚLBLD, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 00		tel: 22496 2883
SCREENING VROZENÝCH VAD PLODU V I. TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ		
Oddělení ultrazvukové diagnostiky a Centrum fetální medicíny Gynekologickoporodnická klinika VFN Apolinářská 18, Praha 2, 128 00		
UPOZORNĚNÍ: na ultrazvukové vyšetření se objednejte na tel.: 224967273		Pojišťovna:
Jméno a příjmení:	R.č.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Datum narození:
<input type="text"/>		
Žádám o stanovení biochemických markerů screeningu vrozených vad v I. trimestru PAPP-A a free β HCG		
UZ vyšetření dne: _____	CRL: _____ mm	Hmotnost: <input type="text"/> stáří dle UZ _____
Datum, podpis a razítko lékaře		

POUKAZ NA ODBĚR KRVE: KARLOVO NÁMĚSTÍ 32 PRAHA 2

ÚLBLD, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 00		tel: 22496 2883
SCREENING VROZENÝCH VAD PLODU V I. TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ		
Oddělení ultrazvukové diagnostiky a Centrum fetální medicíny Gynekologickoporodnická klinika VFN Apolinářská 18, Praha 2, 128 00		
UPOZORNĚNÍ: na ultrazvukové vyšetření se objednejte na tel.: 224967273		Pojišťovna:
Jméno a příjmení:	R.č.	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Datum narození:
<input type="text"/>		
Žádám o stanovení biochemických markerů screeningu vrozených vad v I. trimestru PAPP-A a free β HCG		
UZ vyšetření dne: _____	CRL: _____ mm	Hmotnost: <input type="text"/> stáří dle UZ _____
Datum, podpis a razítko lékaře		