

POUKAZ NA ODBĚR KRVE: KARLOVO NÁMĚSTÍ 32 PRAHA 2

SCREENING VROZENÝCH VAD PLODU V I. TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ

ÚLBLD, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 00

tel: 22496 2883

Pojišťovna:

Jméno a příjmení:

R.č.

Datum narození:

Žádám o stanovení biochemických markerů screeningu vrozených vad **v I. trimestru**

PAPP-A, free β HCG

Hmotnost:

UZ vyšetření dne: _____

CRL: _____ mm

stáří dle UZ _____

Datum, podpis a razítko lékaře

POUKAZ NA ODBĚR KRVE: KARLOVO NÁMĚSTÍ 32 PRAHA 2

SCREENING VROZENÝCH VAD PLODU V I. TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ

ÚLBLD, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 00

tel: 22496 2883

Pojišťovna:

Jméno a příjmení:

R.č.

Datum narození:

Žádám o stanovení biochemických markerů screeningu vrozených vad **v I. trimestru**

PAPP-A, free β HCG

Hmotnost:

UZ vyšetření dne: _____

CRL: _____ mm

stáří dle UZ _____

Datum, podpis a razítko lékaře