

POUKAZ NA ODBĚR KRVE: **KARLOVO NÁMĚSTÍ 32 PRAHA 2**

SCREENING DOWNOVA SYNDROMU a NTD VE II. TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ

ÚLBDL, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 00

tel: 22496 2883

Jméno a příjmení:

R.č.

Pojišťovna:

Datum narození:

Žádám o stanovení biochemických markerů screeningu vrozených vad **ve II. trimestru**

AFP, HCG

Datum PM _____

Dg. _____

Hmotnost:

UZ vyšetření dne: _____

stáří dle UZ _____

Datum, podpis a razítko lékaře

POUKAZ NA ODBĚR KRVE: **KARLOVO NÁMĚSTÍ 32 PRAHA 2**

SCREENING DOWNOVA SYNDROMU a NTD VE II. TRIMESTRU TĚHOTENSTVÍ

ÚLBDL, U Nemocnice 2, Praha 2, 128 00

tel: 22496 2883

Jméno a příjmení:

R.č.

Pojišťovna:

Datum narození:

Žádám o stanovení biochemických markerů screeningu vrozených vad **ve II. trimestru**

AFP, HCG

Datum PM _____

Dg. _____

Hmotnost:

UZ vyšetření dne: _____

stáří dle UZ _____

Datum, podpis a razítko lékaře