



**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**  
**Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky**  
**Laboratoř Karlov**

Ke Karlovu 2, 128 08 Praha 2 | tel. 22496 7913 | verze 03

**ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ MOČE**

Č. pojištění: _____	Pohlaví M/Ž _____	Datum narození: _____	Poj.: _____
Příjmení: _____	Jméno, titul: _____	Diagnózy: _____	
Odd., NS, IČL: _____	Klinika: _____	Tel.: _____	
Materiál: _____	Datum odběru: _____	Čas odběru: _____	
<input type="checkbox"/> Moč chemicky	<input type="checkbox"/> Močový sediment		
<input type="checkbox"/> Hamburgerův sediment	Objem moče: _____		
	Doba sběru: _____		
			Razítko a podpis lékaře



**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**  
**Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky**  
**Laboratoř Karlov**

Ke Karlovu 2, 128 08 Praha 2 | tel. 22496 7913 | verze 03

**ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ MOČE**

Č. pojištění: _____	Pohlaví M/Ž _____	Datum narození: _____	Poj.: _____
Příjmení: _____	Jméno, titul: _____	Diagnózy: _____	
Odd., NS, IČL: _____	Klinika: _____	Tel.: _____	
Materiál: _____	Datum odběru: _____	Čas odběru: _____	
<input type="checkbox"/> Moč chemicky	<input type="checkbox"/> Močový sediment		
<input type="checkbox"/> Hamburgerův sediment	Objem moče: _____		
	Doba sběru: _____		
			Razítko a podpis lékaře