ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ V NRL PRO SALMONELY

Státní zdravotní ústav, Praha

CEM

Oddělení bakteriální rezistence a alimentárních bakteriálních nákaz
dedi@szu.cz, tel.: 267 082 216

1	**kód pojišťovny**	
2	**IČP – identifikační číslo žadatele**	
3	**odbornost lékaře**	
4	**číslo vzorku**	
5	**jméno a příjmení pacienta**	
6	**rodné číslo pacienta**	
7	**bydliště**	
8	**základní diagnóza**	
9	**kmen izolován z:**	
10	**datum odběru**	
11	**požadavek na vyšetření**	
12	**odd. epidemiol., kterému bude výsledek hlášen**	

ODESÍLÁ LABORATOŘ: **JMÉNO:** **DATUM:**