

REGIONÁLNY ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SO SÍDLOM V POPRADE
Zdravotnícka 3525/3, 058 97 Poprad
LABORATÓRIÁ RÚVZ SO SÍDLOM V POPRADE

ŠPECIALIZOVANÉ LABORATÓRIUM 2 MIKROBIOLOGICKÝCH ANALÝZ
tel.: 052/41807 41, e-mail: pp.slma@uvzs.sk

Žiadanka na vyšetrenie vzorky

Žiadateľ:	
Kód lekára:	
Názov organizácie:	
Kód poskytovateľa ZS:	
Ulica/PSČ/mesto:	
Tel./mail:	

Meno, priezvisko pacienta:				
Rodné číslo:				
Zdravotná poisťovňa	<input type="checkbox"/> 25 VŠZP	<input type="checkbox"/> 27 UNION	<input type="checkbox"/> 24 Dôvera	<input type="checkbox"/> Cudzinci
Adresa pacienta (trvalé bydlisko TB)				
Adresa pacienta (prechodné bydlisko PB)				
Adresa pobytu:	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> PB	<input type="checkbox"/>	
Mobilné telefónne číslo, Email adresa:				
Druh primárnej vzorky:	<input type="checkbox"/> výter z hrdla a nosa	<input type="checkbox"/>		
Dátum a čas odberu primárnej vzorky:				
Požadované vyšetrenie:	<input type="checkbox"/> RT-PCR test konf.COVID-19	<input type="checkbox"/>		
Dátum odoslania vzorky:				
Očkovanie proti chrípke:	<input type="checkbox"/> áno dátum: názov vakcíny:			<input type="checkbox"/> nie
Klinické príznaky (prosím označte):	<input type="checkbox"/> teplota nad 38°C	<input type="checkbox"/> bolesť hlavy		
	<input type="checkbox"/> kašeľ	<input type="checkbox"/> bolesti kĺbov a svalov		
	<input type="checkbox"/> malátnosť	<input type="checkbox"/> iné:		
	<input type="checkbox"/> nádcha			
	<input type="checkbox"/> iné:			
Výskyt podobného ochorenia	<input type="checkbox"/> rodina	<input type="checkbox"/> pracovisko	<input type="checkbox"/> škola	<input type="checkbox"/>
Doterajšia terapia antivirotikami:	<input type="checkbox"/> áno názov:			<input type="checkbox"/> nie
Poznámka				

Pečiatka, podpis žiadateľa:

Dátum a čas prijmu do laboratória:	
Laboratórne číslo vzorky:	/2021