

## ŽÁDANKA O BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



**Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě**  
**Centrum klinických laboratoří**

Partyzánské náměstí 7, 702 00 Ostrava, [www.zu.cz](http://www.zu.cz)

CKL je zdravotnickou laboratoří akreditovanou ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189 pod číslem 8014.



M 8014

**Příjmení, jméno pacienta:**

Bydliště:

Číslo pojištěnce: \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Kód pojišťovny: \_ \_ \_

Základní diagnóza: \_ \_ \_ \_ \_ Ostatní diagnózy: \_ \_ \_ \_ \_

Čas odběru (hh.mm): \_ \_ : \_ \_ Datum odběru (dd/mm/rrrr): \_ . . . . .

Léčba ATB: Vzorek:

### Požadované vyšetření:

- Mikroskopické
- Kultivační
- Stanovení citlivosti na ATB
- Jiné:

**Vyšetření požaduje:**

**Razítko s adresou a podpis lékaře:**

IČZ / IČP: \_ \_ \_ \_ \_

Odbornost: \_ \_ \_

Telefon: