

## Žádanka o vyšetření Chlamydia trachomatis a Neisseria gonorrhoeae DNA PCR

Jméno, příjmení

Rodné číslo

Pohlaví

žena

muž

Datum odběru

Čas odběru

Datum příjmu do laboratoře

Čas příjmu

Adresa bydliště

Ulice

Město a PSČ

Státní příslušnost

ČR

Jiná

Telefonní kontakt

Diagnóza

Plátce

Pojišťovna

Samoplátce

Typ odběru:

Stěr z endocervixu

Samoodběr vaginálního stěru

Jednorázová moč

Stěz z oka

pravé

levé

Razítko a podpis žadatele