

Žádanka k vyšetření kostní dřeně

- ☐ sternální punkce
 - ☐ trepano
-

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Číslo pojišťovny:

Číslo diagnózy:

Diagnóza (slovně):

Datum vyšetření:

Odesílající oddělení:

Dále provedeno:

- ☐ histologie
 - ☐ genetika
 - ☐ průtokový cytometr
-

- ☐ první vyšetření
- ☐ opakované vyšetření

☐ předchozí chemoterapie, záření, kdy

32	Nemocnice C. Budějovice, a.s.
	B. Němcové 585/54
006	Hematologické odd. - ambulance
591	tel.: 397 274 558
