

ŽIADANKA O VYŠETRENIE – GLYKEMICKÝ PROFIL

Rodné číslo	Platiteľ <small>kód ZP, samoplatca, PZS</small>	Fakturovať lekár <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/>	Oslob. od DPH áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Užívané lieky	Výška cm
Priezvisko	Meno	Dôležitá poznámka		Váha kg	
Ulica, číslo domu*	Mesto/obec*	Diuréza ml/ hod.	Hebd. t.	MC 	
PSČ*	IČ EÚ <small>priložiť kópiu preukazu poistenca</small>	Kód krajiny	Pohlavie muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára	
Dátum narodenia	Dátum a čas odberu	Dátum vystavenia žiadanky			
Dg. (MKCH)	Dg. (MKCH)	Kód hospit. prípadu			
Odporúčajúci lekár	Meno a priezvisko	A kód	P kód		

Nepovoľiť sprístupnenie výsledku v EZKO

* adresu pacienta žiadame vyplniť v prípade samoplatcu alebo vyšetrení hlásených v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z.

O-GTT

 06 Kapilárna krv Nalačno	 06 Kapilárna krv Po 1 hodine	 06 Kapilárna krv Po 2 hodinách
------------------------------------	--	--

U-GTT

 04 Moč 0.	 04 Moč 1.	 04 Moč 2.
------------------	------------------	------------------

GLYKEMICKÝ PROFIL

 06 Kapilárna krv	 06 Kapilárna krv	 06 Kapilárna krv	 06 Kapilárna krv
Čas odberu: <input type="text"/>	Čas odberu: <input type="text"/>	Čas odberu: <input type="text"/>	Čas odberu: <input type="text"/>
 06 Kapilárna krv	 06 Kapilárna krv	 06 Kapilárna krv	 06 Kapilárna krv
Čas odberu: <input type="text"/>	Čas odberu: <input type="text"/>	Čas odberu: <input type="text"/>	Čas odberu: <input type="text"/>