

Pacient (příjmení, jméno, titul)	Kód ZP	IČP	Odbornost	Telefon
Číslo pojištěnce	Dg. základní	Laboratorní č., kód		
Datum a čas odběru	Pohlaví: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž			
Základní vyšetření dárců		Ostatní vyšetření		
HBs Ag		anti-HBc IgM		
anti-HBc		HBe Ag		
anti-HIV 1,2 + p24		anti-HBe		
anti-HCV		anti-HAV celkové		
syfilis (anti-Treponema pallidum + RPR)		anti-HAV IgM		
		anti-HBs		
Poznámky: Vepsat neuvedené parametry Lékař (razítko, podpis)				
Žádané vyšetření označte	x			
Žádané statistické vyšetření označte	S			

Pacient (příjmení, jméno, titul)	Kód ZP	IČP	Odbornost	Telefon
Číslo pojištěnce	Dg. základní	Laboratorní č., kód		
Datum a čas odběru	Pohlaví: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž			
Základní vyšetření dárců		Ostatní vyšetření		
HBs Ag		anti-HBc IgM		
anti-HBc		HBe Ag		
anti-HIV 1,2 + p24		anti-HBe		
anti-HCV		anti-HAV celkové		
syfilis (anti-Treponema pallidum + RPR)		anti-HAV IgM		
		anti-HBs		
Poznámky: Vepsat neuvedené parametry Lékař (razítko, podpis)				
Žádané vyšetření označte	x			
Žádané statistické vyšetření označte	S			