
		Poukaz na laboratorní vyšetření – EUC Laboratoře CGB a.s., Kořenského 6, 703 00 Ostrava 3 Laboratoř molekulární genetiky – tel: 595 700 119; 595 700 995; 725 880 733		Číslo žádanky	
Příjmení Jméno			Samoplátce <input type="checkbox"/>	Základní diagnóza	
					Datum /čas odběru
Rodné číslo Datum narození			Pohlaví <input type="checkbox"/> STATIM		Druh primárního vzorku
			Žena <input type="checkbox"/>	Muž <input type="checkbox"/>	
Zdravotní pojišťovna	Číslo pojištěnce			<input type="checkbox"/> stěr z děložního čípku <input type="checkbox"/> moč	
	Bydliště			<input type="checkbox"/> vaginální stěr <input type="checkbox"/> jiný	
	Telefon			<input type="checkbox"/> uretrální stěr 	
EXTRAHUMÁNNÍ GENOM + CINTEC® PLUS					
Průkaz HR-HPV DNA		Chlamydia trachomatis			
CINtec® Plus – při pozitivě na OSTATNÍ HR HPV		Neisseria gonorrhoeae			
QIASure metylační test		Mycoplasma hominis			
		Mycoplasma genitalium			
		Ureaplasma parvum			
		Ureaplasma urealyticum			
Odesílající lékař		IČZ		Razítko a podpis lékaře	
Jméno, Adresa		Telefon, fax			
		E-mail			

verze 20230529

Příjem vzorku EUC Laboratoře CGB a.s.: (datum + podpis)

		Poukaz na laboratorní vyšetření – EUC Laboratoře CGB a.s., Kořenského 6, 703 00 Ostrava 3 Laboratoř molekulární genetiky – tel: 595 700 119; 595 700 995,725 880 733		Číslo žádanky	
Příjmení Jméno			Samoplátce <input type="checkbox"/>	Základní diagnóza	
					Datum /čas odběru
Rodné číslo Datum narození			Pohlaví <input type="checkbox"/> STATIM		Druh primárního vzorku
			Žena <input type="checkbox"/>	Muž <input type="checkbox"/>	
Zdravotní pojišťovna	Číslo pojištěnce			<input type="checkbox"/> stěr z děložního čípku <input type="checkbox"/> moč	
	Bydliště			<input type="checkbox"/> vaginální stěr <input type="checkbox"/> jiný	
	Telefon			<input type="checkbox"/> uretrální stěr 	
EXTRAHUMÁNNÍ GENOM + CINTEC® PLUS					
Průkaz HR-HPV DNA		Chlamydia trachomatis			
CINtec® Plus – při pozitivě na OSTATNÍ HR HPV		Neisseria gonorrhoeae			
QIASure metylační test		Mycoplasma hominis			
		Mycoplasma genitalium			
		Ureaplasma parvum			
		Ureaplasma urealyticum			
Odesílající lékař		IČZ		Razítko a podpis lékaře	
Jméno, Adresa		Telefon, fax			
		E-mail			

verze 20230529

Příjem vzorku EUC Laboratoře CGB a.s.: (datum + podpis)