

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy  
Oddelenie klinickej mikrobiológie  
**ŽIADANKA NA SÉROLOGICKÉ VYŠETRENIE**

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy  
Oddelenie klinickej mikrobiológie  
**ŽIADANKA NA SÉROLOGICKÉ VYŠETRENIE**

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy  
Oddelenie klinickej mikrobiológie  
**ŽIADANKA NA SÉROLOGICKÉ VYŠETRENIE**

Odosielať

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Diagnóza Poistovňa

<input type="checkbox"/>	HBsAg
<input type="checkbox"/>	HAV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	Anti-HCV
<input type="checkbox"/>	HIV
<input type="checkbox"/>	HSV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	VZV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	CMV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	EBV
<input type="checkbox"/>	<i>Toxoplasma IgG/IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Toxocara IgG</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Borrelia/HGA IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Chlamydia pneumophila IgG/IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Chlamydia pneumophila IgA</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Mycoplasma pneumoniae IgG/IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Mycoplasma pneumoniae IgA</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Bordetella pertussis/parapertussis IgA</i>
<input type="checkbox"/>	Respiračný profil kompletný IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	ASLO
<input type="checkbox"/>	RF
<input type="checkbox"/>	TPHA
<input type="checkbox"/>	<i>Aspergillus/Candida Ag</i>
<input type="checkbox"/>	fT3/fT4/TSH/antiTPO
<input type="checkbox"/>	tPSA/fPSA
<input type="checkbox"/>	Quantiferon TB
<input type="checkbox"/>	T.SPOT.TB
<input type="checkbox"/>	špecifické IgE
<input type="checkbox"/>	Precipitácie
<input type="checkbox"/>	BDT (na druhej strane uviesť zoznam liekov)
<input type="checkbox"/>	<b>Počet vyšetrení</b>

Dátum .....

Pečiatka a podpis lekára

F214/2019, Vydanie 1.

Odosielať

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Diagnóza Poistovňa

<input type="checkbox"/>	HBsAg
<input type="checkbox"/>	HAV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	Anti-HCV
<input type="checkbox"/>	HIV
<input type="checkbox"/>	HSV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	VZV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	CMV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	EBV
<input type="checkbox"/>	<i>Toxoplasma IgG/IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Toxocara IgG</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Borrelia/HGA IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Chlamydia pneumophila IgG/IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Chlamydia pneumophila IgA</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Mycoplasma pneumoniae IgG/IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Mycoplasma pneumoniae IgA</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Bordetella pertussis/parapertussis IgA</i>
<input type="checkbox"/>	Respiračný profil kompletný IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	ASLO
<input type="checkbox"/>	RF
<input type="checkbox"/>	TPHA
<input type="checkbox"/>	<i>Aspergillus/Candida Ag</i>
<input type="checkbox"/>	fT3/fT4/TSH/antiTPO
<input type="checkbox"/>	tPSA/fPSA
<input type="checkbox"/>	Quantiferon TB
<input type="checkbox"/>	T.SPOT.TB
<input type="checkbox"/>	špecifické IgE
<input type="checkbox"/>	Precipitácie
<input type="checkbox"/>	BDT (na druhej strane uviesť zoznam liekov)
<input type="checkbox"/>	<b>Počet vyšetrení</b>

Dátum .....

Pečiatka a podpis lekára

F214/2019, Vydanie 1.

Odosielať

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Diagnóza Poistovňa

<input type="checkbox"/>	HBsAg
<input type="checkbox"/>	HAV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	Anti-HCV
<input type="checkbox"/>	HIV
<input type="checkbox"/>	HSV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	VZV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	CMV IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	EBV
<input type="checkbox"/>	<i>Toxoplasma IgG/IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Toxocara IgG</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Borrelia/HGA IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Chlamydia pneumophila IgG/IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Chlamydia pneumophila IgA</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Mycoplasma pneumoniae IgG/IgM</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Mycoplasma pneumoniae IgA</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Bordetella pertussis/parapertussis IgA</i>
<input type="checkbox"/>	Respiračný profil kompletný IgG/IgM
<input type="checkbox"/>	ASLO
<input type="checkbox"/>	RF
<input type="checkbox"/>	TPHA
<input type="checkbox"/>	<i>Aspergillus/Candida Ag</i>
<input type="checkbox"/>	fT3/fT4/TSH/antiTPO
<input type="checkbox"/>	tPSA/fPSA
<input type="checkbox"/>	Quantiferon TB
<input type="checkbox"/>	T.SPOT.TB
<input type="checkbox"/>	špecifické IgE
<input type="checkbox"/>	Precipitácie
<input type="checkbox"/>	BDT (na druhej strane uviesť zoznam liekov)
<input type="checkbox"/>	<b>Počet vyšetrení</b>

Dátum .....

Pečiatka a podpis lekára

F214/2019, Vydanie 1.