



ŽIADANKA MONITOR

Odberový lístok označte v pravom hornom rohu textom „**MONITOR**“

ÚDAJE O PACIENTOVI					
Meno		Priezvisko			
Bydlisko			PSČ		
RČ		Poistovňa		Skriningový kód	
Dg		Dátum odberu		Kód MKCH 10	
ŽIADANÉ VYŠETRENIE - zakrúžkovať					
TSH		17-OHP		Phe (FKU)	
TERAPIA					
LEKÁR					
Meno a priezvisko					
Adresa:			PSČ		
E-mail:			Tel.:		
Kód lekára (ZZ) (bez kódu lekára (ZZ) nebude vyšetrenie urobené!)					
Adresa pre spätnú informáciu			PSČ		

.....
podpis a pečiatka odosielajúceho lekára

Odoslať na adresu:

Skriningové centrum novorodencov SR
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou B. Bystrica
Nám. L. Svobodu 4
974 09 Banská Bystrica

Tel./fax: 048 - 472 65 47, 0918 696 968
e-mail: scn@dfnbb.sk