

Žiadanka na hematologické vyšetrenie
periférnej krvi, kostnej drene a pod.

Oddelenie laboratórnej medicíny
Národný ústav detských chorôb Bratislava

Limbová 1, 83340 Bratislava
Tel: +421 2 59371 676; 601

Pacient: (resp. štítok s údajmi)		Diagnóza:		Materiál:		Dátum odberu:	
Priezvisko: Meno: Rodné číslo: Poistovňa:		☐ ALL ☐ AML ☐ relaps ALL ☐ relaps AML ☐ ☐ B-ALL ☐ T-ALL					