

Žádanka o vyšetření krevní skupiny

Příjmení, jméno:		Rodné číslo:	
Číslo pacienta:		Pojišťovna:	
Dg:		Odesílá:	
Transfúze kdy:			
U žen těhotenství:	Měsíc:	Rok porodů:	
Potraty, rok, stáří, těhotenství:			
Číslo lab.:	Došlo:	Odesl.:	
Skupina:	Rh-vlastnotsi:	Fenotyp:	

COOMBSŮV TEST přímý:

Nepravidelné protilátky: