



UNIVERZITNÁ NEMOCNICA BRATISLAVA
Pažítková 4, 821 01 Bratislava

Pracovisko: Nemocnica Staré Mesto, Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
Ústav lekárskej biológie, genetiky a klinickej genetiky LFUK a UNB
Oddelenie molekulovej a biochemickej genetiky

SPRIEVODNÝ LIST K MOLEKULÁRNO – GENETICKÉMU VYŠETRENIU DUCHENNEOVEJ A BECKEROVEJ SVALOVEJ DYSTROFIE

Meno a priezvisko pacienta:.....Dátum narodenia:.....
Rodné číslo:..... Rodné číslo matky (ak dieťa nemá r.č.):.....
Adresa pacienta:.....
Zdravotná poisťovňa (kód):.....Pri opakovanom vyšetrení zadajte číslo predch. vyšetrenia:.....

Požiadavka na vyšetrenie ostatných členov rodiny:

Meno	Rodné číslo	Kód poisťovne	identifikačné číslo v rodokmeni
1).....
2).....
3).....
4).....
5).....
6).....
7).....

U každého vyšetrovaného člena rodiny požadujeme vyplnenú samostatnú žiadamku. Uvedený zoznam slúži len pre lepšiu orientáciu.

Adresa odosielajúceho pracoviska, tel. č.:

Pečiatka, **kód** a podpis lekára:

Klinický obraz, epikríza:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ostatné diagnózy:.....
.....
.....

Biochemické vyšetrenia (CK, LD):.....
.....
.....

Rodokmeň:

I.

II.

III.

IV.

Materiál zaslaný na vyšetrenie: **plná krv, odber ako na krvný obraz (do EDTA minim. 1 ml)**

Dátum a čas odberu:.....

Dátum odoslania vzorky:.....