

## Žiadosť o KONFIRMAČNÉ VYŠETRENIE na anti-HIV protilátky

Adresa pracoviska: SZU, NRC pre prevenciu HIV /AIDS  
Limbová 12, 833 03 Bratislava

Adresa laboratória: MLKM a PCh,  
LHIV/AIDS, Limbová 12  
833 03 Bratislava

(prosíme vyplniť orámované časti)

<b>Adresa žiadateľa o konfirmačné vyšetrenie (zákazníka I - laboratórium) / <u>kód PZS a kód lekára:</u></b>
<b>Adresa zákazníka II / <u>kód PZS a kód lekára:</u></b>
<b>Priezvisko a meno / kód:</b>
<b>Rodné číslo:</b>
<b>Adresa:</b>
<b>Diagnóza:</b>
<b>Zdravotná poisťovňa:</b>
<b>Dátum odberu:</b>
<b>Vzorka vyšetrená na teste, názov:</b>
<b>OD vzorky:</b>
<b>OD cut off:</b>
<b>OD pozitívnej kontroly:</b>
<b>Zasielaná vzorka: sérum / plazma</b> <input type="checkbox"/>
<b>krv (EDTA, NaCitrát)</b> <input type="checkbox"/>

pečiatka / podpis

telefón: 02 / 59370 144, 02 / 59370 383;

e-mail: [danica.stanekova@szu.sk](mailto:danica.stanekova@szu.sk) [centrum.aids@szu.sk](mailto:centrum.aids@szu.sk) web [www.hiv-aids.tym.sk](http://www.hiv-aids.tym.sk)

1/1