


ŽÁDANKA NA DIABETOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Z-23-03

Rodné číslo:																
Příjmení:																
Jméno, titul:																
Diagnózy:																
Pojišťovna:						Datum a čas:										
Kapilární odběr												Poznámka:				
B-GLU										mmol/l						
B-HbA1c										mmol/mol						
Množství moče 24 h:										ml						
U-GLU										a.j.						
U-KETO										a.j.						
U-PROT										a.j.						
U-GLU kvant.										mmol/l						

Postřelmovská 2000/7a, 78901 Zábřeh, tel.: 583 416 449, e-mail: bila.zabreh@iol.cz

formulář v. Z-23 -03 verze z 13.5.2014