


## ŽÁDANKA NA DIABETOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ


Z-23-03

Rodné číslo:																																																																																																																																																																												
Příjmení:																																																																																																																																																																												
Jméno, titul:																																																																																																																																																																												
Diagnózy:																																																																																																																																																																												
Pojišťovna:		Datum a čas:																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="19">Kapilární odběr</td> </tr> <tr> <td colspan="19">B-GLU mmol/l</td> </tr> <tr> <td colspan="19">B-HbA1c mmol/mol</td> </tr> <tr> <td colspan="19">Množství moče 24 h: ml</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-GLU a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-KETO a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-PROT a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-GLU kvant. mmol/l</td> </tr> </table>																			Kapilární odběr																			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																			Žadající (razítko a podpis)	
Kapilární odběr																																																																																																																																																																												
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																																																																																																																																																																												
Poznámka:																																																																																																																																																																												

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

## ŽÁDANKA NA DIABETOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ


Z-23-03

Rodné číslo:																																																																																																																																																																												
Příjmení:																																																																																																																																																																												
Jméno, titul:																																																																																																																																																																												
Diagnózy:																																																																																																																																																																												
Pojišťovna:		Datum a čas:																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="19">Kapilární odběr</td> </tr> <tr> <td colspan="19">B-GLU mmol/l</td> </tr> <tr> <td colspan="19">B-HbA1c mmol/mol</td> </tr> <tr> <td colspan="19">Množství moče 24 h: ml</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-GLU a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-KETO a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-PROT a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-GLU kvant. mmol/l</td> </tr> </table>																			Kapilární odběr																			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																			Žadající (razítko a podpis)	
Kapilární odběr																																																																																																																																																																												
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																																																																																																																																																																												
Poznámka:																																																																																																																																																																												

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

## ŽÁDANKA NA DIABETOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ


Z-23-03

Rodné číslo:																																																																																																																																																																												
Příjmení:																																																																																																																																																																												
Jméno, titul:																																																																																																																																																																												
Diagnózy:																																																																																																																																																																												
Pojišťovna:		Datum a čas:																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="19">Kapilární odběr</td> </tr> <tr> <td colspan="19">B-GLU mmol/l</td> </tr> <tr> <td colspan="19">B-HbA1c mmol/mol</td> </tr> <tr> <td colspan="19">Množství moče 24 h: ml</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-GLU a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-KETO a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-PROT a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-GLU kvant. mmol/l</td> </tr> </table>																			Kapilární odběr																			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																			Žadající (razítko a podpis)	
Kapilární odběr																																																																																																																																																																												
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																																																																																																																																																																												
Poznámka:																																																																																																																																																																												

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

## ŽÁDANKA NA DIABETOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Z-23-03

Rodné číslo:																																																																																																																																																																												
Příjmení:																																																																																																																																																																												
Jméno, titul:																																																																																																																																																																												
Diagnózy:																																																																																																																																																																												
Pojišťovna:		Datum a čas:																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="19">Kapilární odběr</td> </tr> <tr> <td colspan="19">B-GLU mmol/l</td> </tr> <tr> <td colspan="19">B-HbA1c mmol/mol</td> </tr> <tr> <td colspan="19">Množství moče 24 h: ml</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-GLU a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-KETO a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-PROT a.j.</td> </tr> <tr> <td colspan="19">U-GLU kvant. mmol/l</td> </tr> </table>																			Kapilární odběr																			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																			Žadající (razítko a podpis)	
Kapilární odběr																																																																																																																																																																												
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																																																																																																																																																																												
Poznámka:																																																																																																																																																																												

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



