

Rodné číslo	<input type="text"/>	Pečiatka, podpis, kód zmluvného lekára, kód zmluvného PZS:
Meno	Titul	
Priezvisko		
Diagnóza		
Kód poisťovne		
Dátum odberu:	Čas oberu:	Lab.č.
Prijaté dňa:	Počet objednaných vyšetrení:	

## Bakteriológia a parazitológia

<input type="checkbox"/>	Výter z tonzíl	+ kvasinky
<input type="checkbox"/>	Výter z nosa	+ kvasinky
<input type="checkbox"/>	Spútum	+ kvasinky
<input type="checkbox"/>	Bronchoalveolárna laváž	
<input type="checkbox"/>	Moč kultivačne	+ kvasinky
<input type="checkbox"/>	Stolica kultivačne	+ kvasinky
<input type="checkbox"/>	Koža	
<input type="checkbox"/>	Oko	
<input type="checkbox"/>	pravé	ľavé
<input type="checkbox"/>	Ucho	
<input type="checkbox"/>	pravé	ľavé
<input type="checkbox"/>	Rana	
<input type="checkbox"/>	aeróbne	anaeróbne
<input type="checkbox"/>	Punktát	
<input type="checkbox"/>	aeróbne	anaeróbne
<input type="checkbox"/>	Hnis	
<input type="checkbox"/>	aeróbne	anaeróbne
<input type="checkbox"/>	Ster	
<input type="checkbox"/>	aeróbne	anaeróbne
<input type="checkbox"/>	Absces	
<input type="checkbox"/>	aeróbne	anaeróbne
<input type="checkbox"/>	Ložisko	
<input type="checkbox"/>	aeróbne	anaeróbne
<input type="checkbox"/>	Dialyzát	
<input type="checkbox"/>	Katéter	
<input type="checkbox"/>	Kanyla	
<input type="checkbox"/>	Listeria	
<input type="checkbox"/>	Iný materiál	
<input type="checkbox"/>	aeróbne	anaeróbne
<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie hemokultúry	
<input type="checkbox"/>	Krv na hemokultiváciu	
<input type="checkbox"/>	aeróbne	anaeróbne
<input type="checkbox"/>	odber z:	
<input type="checkbox"/>	Likvor	
<input type="checkbox"/>	POZNÁMKA:	

<input type="checkbox"/>	Vyšetrenie urogenitálneho traktu			
<input type="checkbox"/>	pošva	cervix	uretra	ejakulát
<input type="checkbox"/>	iný materiál	+kvasinky		
<input type="checkbox"/>	aeróbne	anaeróbne		
<input type="checkbox"/>	Špeciálne kultivácie			
<input type="checkbox"/>	Kultivácia na <i>Neisseria gonorrhoeae</i>			
<input type="checkbox"/>	materiál:			
<input type="checkbox"/>	Kultivácia na <i>M.hominis</i> a <i>U.urealyticum</i>			
<input type="checkbox"/>	materiál:	výter	moč	
<input type="checkbox"/>	Papillomavírus (HPV)			
<input type="checkbox"/>	ster			
<input type="checkbox"/>	Dôkaz antigénu			
<input type="checkbox"/>	<i>Chlamydia trachomatis</i>			
<input type="checkbox"/>	materiál:	výter		
<input type="checkbox"/>	moč 20ml 1.prúd	oko		
<input type="checkbox"/>	<i>Helicobacter pylori</i> v stolici			
<input type="checkbox"/>	<i>Rota a adenovírusy</i> v stolici			
<input type="checkbox"/>	<i>Giardia (Lamblia)</i> v stolici			
<input type="checkbox"/>	<i>Norovírus</i> v stolici			
<input type="checkbox"/>	<i>Astrovírus</i>			
<input type="checkbox"/>	<i>Clostridium difficile</i> - toxín A,B v stolici			
<input type="checkbox"/>	<i>Yersinia</i>			
<input type="checkbox"/>	<i>Chripka (A, B, H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)</i> - nosohltan			
<input type="checkbox"/>	<i>RS vírus</i> - nosohltan			
<input type="checkbox"/>	Parazitologický dôkaz			
<input type="checkbox"/>	Perianálny zleп na <i>Enterobius vermicularis</i>			
<input type="checkbox"/>	Stolica na helminty a protozoa			
<input type="checkbox"/>	<i>Trichomonas vaginalis</i>			
<input type="checkbox"/>	Identifikácia parazita			
<input type="checkbox"/>	Molekulárno-biologické metódy			
<input type="checkbox"/>	<i>Chlamydia trachomatis</i> (DNA PCR)			
<input type="checkbox"/>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (DNA PCR)			
<input type="checkbox"/>	<i>Clostridium difficile</i> (DNA PCR)			
<input type="checkbox"/>	<i>Staphylococcus aureus</i> MRSA (DNA PCR)			
<input type="checkbox"/>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (DNA PCR)			