

Žádost o vyšetření osoby ve zdravotnickém zařízení

Název, adresa zaměstnavatele, fakturační údaje:
IČ DIČ
Kontaktní telefon:

Název a adresa zdravotnického zařízení	
Ústav klinické biochemie a diagnostiky Fakultní nemocnice Hradec Králové Sokolská 581 500 05 Hradec Králové	
<i>Telefon do laboratoře provádějící vyšetření:</i>	495 833 765 (alkohol); 495 832 321 (jiné návykové látky)

Vyšetřovaná osoba	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Trvalé bydliště <i>(není-li známo, místo dočasného pobytu)</i>	
Požadovaný zdravotnický výkon toxikologického vyšetření– kontrola na pracovišti: <i>Vyšetření je požadováno dle §21 odst.1 zákona č.65/2017 Sb.</i>	
<i>Zaškrtněte požadované:</i>	
<input type="checkbox"/> hladina alkoholu v krvi	
<input type="checkbox"/> jiné návykové látky v krvi	
<input type="checkbox"/> jiné návykové látky v moči	
Jméno a příjmení osoby zastupující zaměstnavatele	
Datum čas	Razítko zaměstnavatele, podpis

Příloha k faktuře

Číslo faktury	
Provedeno	
Celkem účtováno bodů Kč
Razítko zdravotnického zařízení, podpis a jmenovka pracovníka zodpovídajícího za vyšetření	
Datum	

Záznam při likvidaci faktury
Datum