**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ ANTIRABICKÝCH PROTILÁTEK**

*APPLICATION FOR RABIES ANTIBODY TESTING*

|  |
| --- |
| **I. PACIENT** |
| **Křestní jméno** *First name:* | **Příjmení** *Surname:* |
| **Ulice** *Street:* **Město** *Town:* **PSČ** *Post code*: |
| **Země** *Country:* | **Tel.:** |
| **IČO** *Company ID.:* | **E-mail:** |
| **II. OČKOVÁNÍ PROTI VZTEKLINĚ**  |
| **Datum vakcinace***Date of vaccination:* | **Platnost do***Valid until:* |
| **III. ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ**  |
| **Křestní jméno** *First name:***Adresa** *Street:***PSČ** *Post code:***Město** *Town:***Země** *Country:***Tel:****E-mail***:***IČO** *Company ID.:* | **Příjmení** *Surname:* |
| **Datum odběru vzorku, podpis a razítko***Date of blood sampling, signature and stamp:* |
| **VI. PLÁTCE VYŠETŘENÍ OZNAČTE KŘÍŽKEM (PLÁTCE = PŘÍJEMCE VÝSLEDKU!)***USE THE CROSS, MARK THE PAYER (THE PAYER = RECIPIENT OF THE RESULT!)* **Pacient***:* **Lékař***:* |