**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***:* | |