

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:*

Příjmení *Surname:*

Adresa *Street:*

Datum odběru vzorku, podpis a razítko

PSČ *Post code:*

Date of blood sampling, signature and stamp:

Město *Town:*

Země *Country:*

Tel:

E-mail:

IČO *Company ID.:*

VI. PLÁTCE VYŠETŘENÍ OZNAČTE KŘÍŽKEM (PLÁTCE = PŘÍJEMCE VÝSLEDKU!)
USE THE CROSS, MARK THE PAYER (THE PAYER = RECIPIENT OF THE RESULT!)

Pacient:

☐

Lékař:

☐