

Jméno: _____						Místo odběru: _____		č.: _____		
Rodné č. _____						Odbornost: _____		Lékař: _____		
Bydliště: _____						Adresa: _____				
Datum začátku akut. onemocnění: _____										
Příznaky:	ano/ne	dnů	Příznaky:	ano/ne	dnů	Telefon: _____		IČZ: _____		
teplota			lymphadenitis			Předchozí onemocnění (počátek, příznaky, terapie):				
kolik °Celsia			konjunktivis							
malátnost			tracheitis							
rýma			bronchitis							
kašel			exanthem							
dušnost			enanthem							
bolest hlavy			jiné:			Materiál	Poznámka	Datum odběru		Výsledek
bolest na hrudi						Výtěr I				
bolest břicha						Výtěr II				
bolesti svalové						Výtěr III				
ztuhlost šíje			Léčba čím:			Krev I				
zvracení						Krev II				
průjem						Krev III				
tonsilitis						Aspirát				
Klinická dg:						od kdy:			Etiolog. dg.:	
			Hospitalizace od:							