

NAROČILNICA PREISKAV

Priimek in ime: _____

Datum in ura odvzema: _____

Datum rojstva: _____

Žig zdravnika:

Naslov za izvid: _____

Podpis pacienta*: _____

* S podpisom soglašam, da v skladu z uredbo o varovanju podatkov, dovoljujem obdelavo, shranjevanje in posredovanje podatkov naročniku preiskave.

Osnovne preiskave

Hemogram

Lipidogram

Hepatogram

Ledvični test

Glukoza

Železo

Feritin

CRP

SR

Imunološke preiskave

TSH

T3 prosti

T4 prosti

Anti Muellerjev hormon

FSH

LH

Prolaktin

Prolaktin ritem

β hcg

Progesteron

Estradiol

Testosteron

Kortizol

DHEA-s

SHBG

Vitamin B12

Folna kislina

Vitamin D celokupni

Ca 125

HE4 (pred, pomenopavza)

Kalprotektin

PSA

