

Priimek in ime: _____

Datum in ura odvzema: _____

Datum rojstva: _____

Žig zdravnika: _____

Naslov za izvid (e-mail): _____

Podpis pacienta*: _____

* Družba Medicare PLUS d.o.o. skrbno varuje vaše podatke skladno z zakonom o varstvu osebnih podatkov in zbirkah podatkov (ZVOP-2 in ZPPZP). S podpisom potrjujete resničnost zgoraj zapisanih podatkov. Več informacij na spletni strani.

OSNOVNE PREISKAVE

☐ Hemogram	☐ Amilaza	☐ Transferin
☐ Retikulociti	☐ Lipaza	☐ Sat. transferina
☐ SR	☐ LDH	☐ Holesterol
☐ HbA1c	☐ CK	☐ HDL
☐ Glukoza	☐ Sečnina	☐ LDL
☐ Bilirubin celokupni	☐ Kreatinin	☐ Trigliceridi
☐ Bilirubin direktni	☐ Urat	☐ Apolipoprotein A I
☐ AST	☐ Albumin	☐ Apolipoprotein B
☐ ALT	☐ Železo	☐ Lipoprotein (a)
☐ Alkalna fosfataza	☐ UIBC	☐ Magnezij
☐ Gama GT	☐ TIBC	☐ CRP ☐ hsCRP

IMUNOLOŠKE PREISKAVE

☐ TSH	☐ DHEA – S	☐ Roma indeks
☐ T3 prosti	☐ Kortizol	☐ Ca I25
☐ T4 prosti	☐ SHBG	☐ He 4
☐ FSH	☐ Vitamin D	☐ Homocistein
☐ LH	☐ Vitamin B12	☐ 17-OH-progesteron
☐ Prolaktin	☐ Folna kislina	☐ Prolaktin ritem
☐ AMH	☐ Feritin	☐ Makroprolaktinemija
☐ Progesteron	☐ BHCG	☐ Kalprotektin v blatu
☐ Estradiol	☐ Insulin	☐
☐ Testosteron	☐ Homa indeks	☐
☐ Testosteron - prosti	☐ FTI indeks	☐

