

ŽÁDANKA K LABORATORNÍMU VYŠETŘENÍ KAZOTVORNÝCH BAKTERIÍ (PCR)

Příjmení: _____	Jméno: _____
Rodné číslo: _____	Kód pojišťovny*: _____
Diagnóza: _____	Datum a čas odběru: _____

Průkaz DNA bakterií *Streptococcus mutans*, *S. sobrinus*

Průkaz DNA bakterií rodu *Lactobacillus* sp.

Poznámka:	IČP (pokud neuvedeno razítkem):	Razítko a podpis lékaře:

* Vyšetření lze vykázat s frekvencí 1x ročně a to pouze v případě, že má lékař s danou pojišťovnou uzavřenou smlouvu .

ŽÁDANKA K LABORATORNÍMU VYŠETŘENÍ KARIOGENNÍCH BAKTERIÍ (PCR)

Příjmení: _____	Jméno: _____
Rodné číslo: _____	Kód pojišťovny: * _____
Diagnóza: _____	Datum a čas odběru: _____

Průkaz DNA bakterií *Streptococcus mutans*, *S. sobrinus*

Průkaz DNA bakterií rodu *Lactobacillus* sp.

Poznámka:	IČP (pokud neuvedeno razítkem):	Razítko a podpis lékaře:

* Vyšetření lze vykázat s frekvencí 1x ročně a to pouze v případě, že má lékař s danou pojišťovnou uzavřenou smlouvu .