

חתימה
אמיר

טופס בקשה לבדיקות מעבדה עבור WLAB קוד מפנה 821

תאריך הגעה: 15/10
שם פרטי: אמיר שם משפחה: אוקסלסקי
מספר ת.ז.: 056737687 מספר דרכון/אחר: _____
תאריך לידה: 20 / 11 / 60 מין: ☒ זכר ☐ נקבה
טלפון בבית: _____ טלפון נייד: 0544506334

היסטוריה רפואית מהותית: _____
האם המטופל/ת מקבל תרופות קבועות כולא, אם כן פרטי: _____

שם הרופא המטפל: _____ מספר טלפון: _____

בדיקות נדרשות:

- ☐ Food Intolerance Finger blood drawCode 8216
☒ Food Intolerance Vein blood drawCode 8216 270
קוד בדיקה, 8216 יש לקחת מבחנת סרום לסרכו ולהפריד למבחנת cryotube
☐ Micro Nutrition.....Code 8211(ACD 8.5 mL)
☐ MMA.....Code 8212
☐ RBC/Vitamin B6.....Code 8213
☐ Vitamin A.....Code 8214
☐ RBC/Mg.....Code 8215
☐ Thyroid.....Code 8217 (SST 8.5ML)
☐ Hormones.....Code 8218(SST 8.5ML)
☐ LPP PLUS.....Code 8219 (SST 8.5ML)
☐ IGG Quant.Code 623 (SST 8.5ML)
☐ Telomers.Code 8220 (SST 8.5ML)

Date: _____ תאריך:

Customer's Signature: _____ חתימת הלקוח:

תאריך 24.8.2017	חתימה אמיר	שם ענת ושלר	טופס בקשה לביצוע בדיקות
--------------------	---------------	----------------	-------------------------