

**Žádanka:**  
**Vyšetření mutací v genu HFE u hemochromatózy**

Osobní data pacienta/(štítek)	Indikuje:
Jméno pacienta:	Lékař:
Rodné číslo:	Adresa:
Pojišťovna:	Datum náběru:
	Čas náběru:
<b>Biologický materiál:</b> <i>Doporučené: 5 ml nesrážlivé periferní krve (EDTA, citrát sodný)</i>	

Požadováno vyšetření (prosím zaškrtněte):
Detekce mutace C282Y <input type="checkbox"/>
Detekce mutace H63D <input type="checkbox"/>
Detekce mutace S65C <input type="checkbox"/>
Vyšetření provádí:
<p><b>Laboratoře Chambon a.s. - Laboratoř molekulární diagnostiky <a href="http://www.chambon.cz">www.chambon.cz</a></b> Evropská 176/16, 160 00 Praha 6 E-mail: <a href="mailto:sona.pekova@synlab.cz">sona.pekova@synlab.cz</a>, <a href="mailto:info@chambon.cz">info@chambon.cz</a> Tel.: 221 985 475, 221 985 478, 221 985 481 Mobil: 732 517 266</p>

Indikující lékař svým podpisem stvrzuje, že vzorek byl odebrán na základě informovaného souhlasu pacienta.