



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Mæðraskoðun Blóðvatnspróf

Persónuupplýsingar sjúklings (límmiði eða handskrifað)

Nafn:

Kennitala:

Heimilisfang:

Póstnr: Bæjarfélag:

Rannsóknarsvið

Veirufræðideild sími 543 5900, fax 543 5949
Ármúla 1a, 108 Reykjavík

Beiðandi

Dags. beiðni.

Læknanr.

Læknir

Stofnun

Deild

Greiðandi

Ef reiturinn er óútfylltur greiðir beiðandi rannsókn.

Stofnun

Sjúkratryggingar Íslands (SÍ greiðir fyrir rannsókn
ambúlant sjúklinga sjálfstætt starfandi lækna).

Tökudagur sýnis

Komudagur sýnis

Nr.

- Rubella
- HIV
- Hepatitis B
- Hepatitis C

Sýfilispróf



5 690939 123892

Heilbrigðisvísindabúkasafn Landspítala/SSbr.040411