

# Žádanka o onkologicko-genetické vyšetření

jméno: .....

r.č.: ..... / .....

pojišťovna: ..... dg: .....

Důvod vyšetření: .....

.....

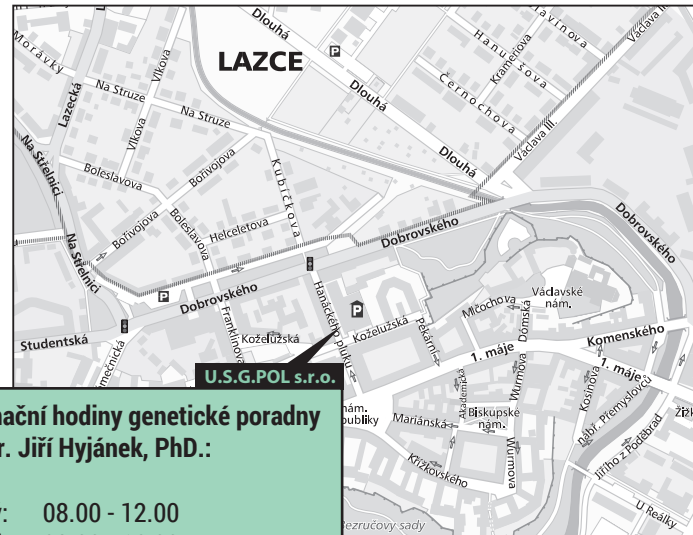
.....

.....

.....

.....

razítko, datum a podpis lékaře:



**U.S.G.POL s.r.o.**  
**Ordinační hodiny genetické poradny**  
**MUDr. Jiří Hyjánek, PhD.:**  
Úterý: 08.00 - 12.00  
Středa: 08.00 - 16.00  
Čtvrtek: 14.00 - 17.00

**centrum prenatální diagnostiky**  
genetická poradna • gynekologická ambulance

**Sídlo společnosti:**  
Hanáckého pluku 6, 770 00 Olomouc  
Tel.: +420 585 242 733  
Mobil: +420 603 887 567  
E-mail: info@usgpol.cz  
[www.usgpol.cz](http://www.usgpol.cz)

