

III. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:

1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego)

2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego)

3. Numer prawa wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:

.....

5. Numer telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Kod pocztowy

						-					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

7. Miejscowość

8. Ulica

9. Numer domu

--	--	--	--	--	--

10. Numer lokalu

--	--	--	--	--	--

IV. INNE INFORMACJE

1. Data pobrania próbki (dd/mm/yyyy)

				/				/											
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Badana próbka pochodziła:

od pacjenta leczzonego ambulatoryjnie

od pacjenta hospitalizowanego, jeżeli tak, podać nazwę i adres szpitala:

.....

od pacjenta na jego zlecenie

Inne, jakie:.....

3. Powód wykonania badania

diagnostyka kliniczna

badanie pracownicze

ciąża

przyjęcie do szpitala

inne badanie przesiewowe

z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego

inny powód, jaki

V. UWAGI (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):

.....

VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

1. Imię i nazwisko 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis

4. Telefon kontaktowy: 5. E-mail: