



**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/rrrr)

 /  / 

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 pieczętą)

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

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....