

15. Ulica	16. Numer domu	17. Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. <input type="checkbox"/> Brak danych w zakresie pkt 1-17		
III. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:		
1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego)		
<input type="text"/>		
2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego)	3. Numer prawa wykonywania zawodu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:		
.....		
5. Numer telefonu		
<input type="text"/>		
6. Kod pocztowy	7. Miejscowość	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8. Ulica	9. Numer domu	10. Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IV. INNE INFORMACJE		
1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr)		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
2. Powód wykonania badania:		
<input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna w kierunku HIV/AIDS pacjenta leczonego ambulatoryjnie		
<input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna w kierunku HIV/AIDS pacjenta hospitalizowanego		
<input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna w kierunku zakażenia wertykalnego HIV/AIDS		
2a. Badanie przesiewowe:		
<input type="checkbox"/> przyjęcie do szpitala		
<input type="checkbox"/> kobiety ciężarne		
<input type="checkbox"/> pracownicze badania okresowe		
<input type="checkbox"/> z ośrodków leczenia uzależnień		
<input type="checkbox"/> osób osadzonych w więzieniach/aresztach		
<input type="checkbox"/> pacjentów poradni chorób przenoszonych drogą płciową		
2b. Badanie z inicjatywy osoby badanej:		
<input type="checkbox"/> klient Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego (PKD) → Nr ankiety PKD		
<input type="checkbox"/> bez zlecenia lekarskiego		
2c. Inny powód (jaki):.....		
V. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczęcią)		
1. Imię i nazwisko		
2. Numer prawa wykonywania zawodu:		
3. Podpis		
4. Telefon kontaktowy:		
5. E-mail:		