

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie; ul. Spedytorska 6/7 tel. (91) 462 – 40 – 60 wew. 139	PPR	LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII
---	------------	-----------------------------------

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

WYPELNIĄ ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
Data urodzenia i PESEL:	Zleceniodawca/lekarz kierujący:	Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> PRÓBKA KRWI <input type="checkbox"/> PRÓBKA SUROWICY <input type="checkbox"/> PRÓBKA OSOCZA <input type="checkbox"/>	Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/>
Adres klienta/Oddział szpitalny:	Kliniczne rozpoznanie:		
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:	Kierunek badania:	Które badanie:	

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w Załączniku nr 2 lub 3 do Instrukcji Roboczej Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 09.09.2022 oraz zapoznałem/am się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuję. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania. Zostałem/am poinformowany/a, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne, zleceniobiorca poinformuje właściwego terytorialnie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia podpis zleceniodawcy

WYPELNIĄ REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

KOD PRÓBKII EP/PPR /..... /.....

UMOWA – ZLECENIE NR EP/.....

Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej: Nazwisko i imię:	Podpis	Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:
Stan próbki: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 09.09.2022 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		Próbki pobrane w ramach: <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 09.09.2022 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Osoba przyjmująca próbkę do obszaru badań: Nazwisko i imię:	Podpis	

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie; ul. Spedytorska 6/7 tel. (91) 462 – 40 – 60 wew. 139	PPR	LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII
---	------------	-----------------------------------

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

WYPELNIĄ ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
Data urodzenia i PESEL:	Zleceniodawca/lekarz kierujący:	Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> PRÓBKA KRWI <input type="checkbox"/> PRÓBKA SUROWICY <input type="checkbox"/> PRÓBKA OSOCZA <input type="checkbox"/>	Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/>
Adres klienta/Oddział szpitalny:	Kliniczne rozpoznanie:		
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:	Kierunek badania:	Które badanie:	

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w Załączniku nr 2 lub 3 do Instrukcji Roboczej Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 09.09.2022 oraz zapoznałem/am się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuję. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania. Zostałem/am poinformowany/a, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne, zleceniobiorca poinformuje właściwego terytorialnie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia podpis zleceniodawcy

WYPELNIĄ REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

KOD PRÓBKII EP/PPR /..... /.....

UMOWA – ZLECENIE NR EP/.....

Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej: Nazwisko i imię:	Podpis	Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:
Stan próbki: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 09.09.2022 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		Próbki pobrane w ramach: <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą Nr IR/EP/PS,PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 09.09.2022 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Osoba przyjmująca próbkę do obszaru badań: Nazwisko i imię:	Podpis	