



**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 leczonego 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 dodatkowego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):**VI. 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: .....