



**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 pieczętką)

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

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