

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
W Szczecinie; ul. Spedytorska 6/7
tel. (091) 462 – 40 – 60 wew. 139

PPR LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Płeć: ? Kobieta ? Mężczyzna	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
Data urodzenia:	Zleceniodawca/lekarz kierujący:		Rodzaj badanego materiału: <input checked="" type="checkbox"/> WYMAZ - PRÓBKA <input type="checkbox"/>
PESEL:	Kliniczne rozpoznanie:		Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/>
Adres klienta/Odział szpitalny:	Kierunek badania:		Które badanie:
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:	PARAZYTOLOGICZNE BADANIE WYMAZU NA OBECNOŚĆ Enterobius vermicularis		

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 07.09.2022. oraz zapoznałem 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

WYPEŁNIA REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

KOD PRÓBKII EP/PPR /..... /

UMOWA – ZLECENIE NR

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 IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 07.09.2022 <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 IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 07.09.2022 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Osoba przyjmująca próbkę do obszaru badań: Nazwisko i imię:		

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
W Szczecinie; ul. Spedytorska 6/7
tel. (091) 462 – 40 – 60 wew. 139

PPR LABORATORIUM EPIDEMIOLOGII

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Płeć: ? Kobieta ? Mężczyzna	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
Data urodzenia:	Zleceniodawca/lekarz kierujący:		Rodzaj badanego materiału: <input checked="" type="checkbox"/> WYMAZ - PRÓBKA <input type="checkbox"/>
PESEL:	Kliniczne rozpoznanie:		Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA <input type="checkbox"/> OSOBY ZE STYCZNOŚCI <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/>
Adres klienta/Odział szpitalny:	Kierunek badania:		Które badanie:
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:	PARAZYTOLOGICZNE BADANIE WYMAZU NA OBECNOŚĆ Enterobius vermicularis		

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 07.09.2022 oraz zapoznałem 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

WYPEŁNIA REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

KOD PRÓBKII EP/PPR /..... /

UMOWA – ZLECENIE NR

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 IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 07.09.2022 <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 IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. V z dnia 07.09.2022 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Osoba przyjmująca próbkę do obszaru badań: Nazwisko i imię:		