

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
Płeć: ? kobieta ? mężczyzna	Zleceniodawca/lekarz kierujący:	Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> PRÓBKA KAŁU BIEGUNKOWEGO <input type="checkbox"/> PRÓBKA KAŁU UFORMOWANEGO <input type="checkbox"/> PRÓBKA KAŁU Z KRWIĄ <input type="checkbox"/> PRÓBKA KAŁU ZE ŚLUZEM <input type="checkbox"/> PRÓBKA KAŁU LUŻNEGO <input type="checkbox"/>
Data urodzenia:		
PESEL:	Kierunek badania:	Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/>
Adres klienta/Oddział szpitalny:	Informacje dotyczące klienta: Czy przyjmuje leki (np. antybiotyki, przeciw pasożytnicze)?..... Miejsce ostatniego pobytu poza granicami kraju :..... data:.....	Kliniczne rozpoznanie:
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:		Które badanie:

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej IR/EP/PPR/PO-11/02 wyd. VI z dnia 08.09.2022 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

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-11/02 wyd. VI z dnia 08.09.2022 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą IR/EP/PPR/PO-11/02 wyd. VI z dnia 08.09.2022 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		Próbki pobrane w ramach: <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
Osoba przyjmująca próbkę do obszaru badań: Nazwisko i imię	Podpis	

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:

Imię i nazwisko klienta:	Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	Data i godzina pobrania próbki do badania:
Płeć: ? kobieta ? mężczyzna	Zleceniodawca/lekarz kierujący:	Rodzaj badanego materiału: <input type="checkbox"/> PRÓBKA KAŁU BIEGUNKOWEGO <input type="checkbox"/> PRÓBKA KAŁU UFORMOWANEGO <input type="checkbox"/> PRÓBKA KAŁU Z KRWIĄ <input type="checkbox"/> PRÓBKA KAŁU ZE ŚLUZEM <input type="checkbox"/> PRÓBKA KAŁU LUŻNEGO <input type="checkbox"/>
Data urodzenia:		
PESEL:	Kierunek badania:	Próbka pobrana od: <input type="checkbox"/> CHOREGO <input type="checkbox"/> OZDROWIEŃCA <input type="checkbox"/> ZDROWEGO <input type="checkbox"/>
Adres klienta/Oddział szpitalny:	Informacje dotyczące klienta: Czy przyjmuje leki (np. antybiotyki, przeciw pasożytnicze)?..... Miejsce ostatniego pobytu poza granicami kraju :..... data:.....	Kliniczne rozpoznanie:
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:		Które badanie:

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej IR/EP/PPR/PO-11/02 wyd. VI z dnia 08.09.2022 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

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-11/02 wyd. VI z dnia 08.09.2022 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		
Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: <input type="checkbox"/> zgodny z Instrukcją Roboczą IR/EP/PPR/PO-11/02 wyd. VI z dnia 08.09.2022 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)		Próbki pobrane w ramach: <input type="checkbox"/> NADZORU SANITARNEGO <input type="checkbox"/> ZLECENIA
Osoba przyjmująca próbkę do obszaru badań: Nazwisko i imię	Podpis	