

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 (wpisać jakie):

3. Powód wykonania badania

 diagnostyka kliniczna badanie pracownicze ciąża przyjęcie do szpitala inne badanie przesiewowe z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego inny powód (wpisać jaki).....**V. UWAGI** (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):**VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ** (wpisać albo nanieść na dokument w formie nadruku albo pieczętki)

1. Imię i nazwisko

2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis

4. Telefon kontaktowy:

5. Adres poczty elektronicznej: