



**II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU  
ODPORNOŚCI (HIV)<sup>4)</sup>**

**1. Nazwisko<sup>5)</sup>\***

**2. Imię<sup>5)</sup>\***

**3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)**

 /  / 

**4. Nr PESEL**

**5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu<sup>6)</sup>**

**6. Płeć (M, K)\***

**7. Wiek\***

**Adres miejsca zamieszkania:**

**8. Kod pocztowy**

**9. Miejscowość<sup>7)</sup>\***

**10. Ulica**

**11. Nr domu**

**12. Nr lokalu**

**III. INNE INFORMACJE**

**1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)**

 /  / 

**2. Badana próbka pochodziła:**

od chorego hospitalizowanego

od chorego leczonego ambulatoryjnie

Adres szpitala: .....

.....

**3. Powód wykonania badania:**

diagnostyka kliniczna

ciąża

badanie przesiewowe

badanie z inicjatywy osoby badanej (bez skierowania lekarskiego) w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym

inny powód, jaki .....

**IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM**

1. Pieczętka imienna ..... 2. Telefon kontaktowy ..... 3. Podpis .....