

ZLECENIE NA BADANIA

Nazwisko												
Imię												
PESEL							Płeć	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta				
Numer paszportu ¹							Tel.					
Data urodzenia	d	d	-	m	m	-	r	r	r	r	Kod ²	
Adres zamieszkania:												
Miejscowość							Kod pocztowy					
Ulica							Nr domu/mieszkania					
Powiat												
Adres pobytu (wypełnić jeżeli inny niż adres zamieszkania):												
Miejscowość							Kod pocztowy					
Ulica							Nr domu/mieszkania					
Powiat												

¹ Wpisać w przypadku braku numeru PESEL.

² Wpisie oznacza zgodę na udzielanie informacji dotyczącej zleconego badania po podaniu imienia, nazwiska, nr PESEL oraz kodu.

Kierunek badania: Wykrywanie RNA wirusa SARS-CoV-2				ID EWP:			
Stan zdrowotny pacjenta	<input type="checkbox"/> Zdrowy	<input type="checkbox"/> Chory hospitalizowany	<input type="checkbox"/> Styczność				
	<input type="checkbox"/> Chory	<input type="checkbox"/> Ozdrowieniec	<input type="checkbox"/> Nosiciel				
Rodzaj materiału	<input type="checkbox"/> Kał	<input type="checkbox"/> Wymaz z kału	<input type="checkbox"/> Surowica	<input type="checkbox"/> Wymaz z rany			
	<input type="checkbox"/> Krew	<input type="checkbox"/> Wymaz z gardła	<input type="checkbox"/> Wymaz z nosa	<input type="checkbox"/> Inny (wpisać jaki)			
Data / godzina pobrania próbki do badań							
Zostałem/am poinformowany/a, że mam prawo złożenia reklamacji/skargi w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań. Zapoznałem/am się ze sposobem pobierania, transportem próbki, obowiązującym cennikiem, zakresem akredytacji Laboratorium oraz akceptuję metodykę badań zgodnie z PB-52/LEP wyd. VI z dnia 21.09.2020. Wyrażam zgodę na realizację świadczenia (dotyczy badań zleconych).							
Jednostka zlecająca badanie				Podpis zleceniodawcy			

Przegląd zlecenia (wypełnia Laboratorium)

Nr zlecenia	LM.9051.2. /N/ 2020	Data / godzina dostarczenia próbek do badań
Ocena próbki	<input type="checkbox"/> Prawidłowa	<input type="checkbox"/> Nieprawidłowa
Sposób finansowania	Badania nadzоровe	
Akceptacja zlecenia		

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy
Dział Laboratoryjny
Oddział Badań Mikrobiologicznych

85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. centrali: 52 376 18 00, fax 52 345 98 40
e-mail: wsse.bydgoszcz@pis.gov.pl
www.pwisbydgoszcz.pl