



**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, jakie:.....

3. Powód wykonania badania

diagnostyka kliniczna       badanie pracownicze       ciąża       przyjęcie do szpitala  
 inne badanie przesiewowe       z własnej inicjatywy, bez zlecenia lekarskiego       inny powód, jaki .....

**V. UWAGI** (w tym dodatkowe informacje istotne z punktu widzenia interpretacji uzyskanego dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych):

  
  

**VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ** (wpisać albo nanieść nadrukiem albo pieczętką)

1. Imię i nazwisko ..... 2. Numer prawa wykonywania zawodu: ..... 3. Podpis .....

4. Telefon kontaktowy: ..... 5. E-mail: .....