

**ZLECENIE NA BADANIA LABORATORYJNE
DO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA DZIECIĘCEGO
W BYDGOSZCZY**

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ

D	D	M	M	R	R	R	R
DATA WYSTAWIENIA							

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA

K **M**

PŁEĆ

PESEL

DATA URODZENIA - DD-MM-RRRR

TELEFON

ADRES ZAMIESZKANIA / INNE DANE IDENTYFIKUJĄCE PACJENTA

ZLECONE BADANIA: ilość badań

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRYB WYKONANIA BADANIA:
 PILNE
 RUTYNOWE

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA

np. LEKI, ROZPOZNANIE

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA ZLECAJĄCEGO

Wskazany termin wykonania badania*

* przy braku wskazania terminu SKIEROWANIE JEST WAŻNE 1 MIESIĄC OD DNIA WYSTAWIENIA

RODZAJ MATERIAŁU:
 KREW MOCZ

POBRANIE MATERIAŁU

DATA DD-MM-RR

GODZ.

MIN.

Podpis osoby pobierającej

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

Numer dzienny pacj.:

PRZYJĘCIE MATERIAŁU

DATA DD-MM-RR

GODZ.

MIN.

Podpis osoby przyjmującej

**ODBIÓR WYNIKU WYŁĄCZNIE ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI
PRZEZ PACJ OD 16.R.Z/OPIEKUNA PRAWNEGO LUB INNĄ OSOBĘ
POSIADAJĄCĄ PISEMNE UPOWAZNIENIE DO ODBIORU WYNIKU.**