

.....
Data wystawienia

ZLECENIE NA BADANIA

Nazwisko i imię badanego..... M K

PESEL i data urodzenia.....

Adres/telefon.....
.....

Materiał pobrany od:

- chorego
- ozdrowieńca
- osoby ze styczności
- nosiciela
- zdrowego

Rodzaj materiału:

- kał
 - kwę
 - pmr
 - wymaz z
 - inny
- Dzień choroby:
- Które badanie:

Istotne dane kliniczne pacjenta

Data i godzina pobrania materiału

Dane osoby pobierającej materiał

ZAKRES BADAŃ DO WYKONANIA:

1.

Wykonanie antybiogramu: tak

Tryb wykonywania badania: cito

Miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru
.....
.....

Zlecenie to jest równoznaczne ze zobowiązaniem finansowym do pokrycia kosztów badania.

.....
(Pieczętka firmowa Klienta /jeśli dotyczy)

.....
(Podpis lub/i pieczętka klienta lub osoby upoważnionej do zlecenia badania – lekarza kierującego)

Data i godzina dostarczenia próbki do Oddziału ChZZ.....

numer klienta/numer próbki/kod próbki

1. ChZZ/...../...../2010

2. ChZZ/...../...../2010

3. ChZZ/...../...../2010

Uwagi pracownika przyjmującego próbki:.....
.....

.....
Podpis pracownika przyjmującego próbki

- zaznaczyć właściwy lub uzupełnić dane

.....
Data wystawienia

ZLECENIE NA BADANIA

Nazwisko i imię badanego..... M K

PESEL i data urodzenia.....

Adres/telefon.....
.....

Materiał pobrany od:

- chorego
- ozdrowieńca
- osoby ze styczności
- nosiciela
- zdrowego

Rodzaj materiału:

- kał
 - kwę
 - pmr
 - wymaz z
 - inny
- Dzień choroby:
- Które badanie:

Istotne dane kliniczne pacjenta

Data i godzina pobrania materiału

Dane osoby pobierającej materiał

ZAKRES BADAŃ DO WYKONANIA:

1.

Wykonanie antybiogramu: tak

Tryb wykonywania badania: cito

Miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru
.....
.....

Zlecenie to jest równoznaczne ze zobowiązaniem finansowym do pokrycia kosztów badania.

.....
(Pieczętka firmowa Klienta /jeśli dotyczy)

.....
(Podpis lub/i pieczętka klienta lub osoby upoważnionej do zlecenia badania – lekarza kierującego)

Data i godzina dostarczenia próbki do Oddziału ChZZ.....

numer klienta/numer próbki/kod próbki

1. ChZZ/...../...../2010

2. ChZZ/...../...../2010

3. ChZZ/...../...../2010

Uwagi pracownika przyjmującego próbki:.....
.....

.....
Podpis pracownika przyjmującego próbki

- zaznaczyć właściwy lub uzupełnić dane