

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA:	
Imię i nazwisko klienta:	Płeć: ? Kobieta ? Mężczyzna
Dane osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania lub miejsce przesłania sprawozdania z badania:	
Data i godzina pobrania próbek do badania:	
Data urodzenia:	Zleceniodawca/lekarz kierujący:
PESEL:	
Adres klienta/Odział szpitalny:	
Kliniczne rozpoznanie:	
Próbka pobrana od: ☐ CHOREGO ☐ OZDROWIEŃCA ☐ OSOBY ZE STYCZNOŚCI ☐ ZDROWEGO ☐	
Nazwisko osoby pobierającej próbkę:	Kierunek badania: PARAZYTOLOGICZNE BADANIE WYMAZU NA OBECNOŚĆ <i>Enterobius vermicularis</i>
Które badanie:	

Oświadczam, że próbka została pobrana w sposób podany w Załączniku nr 2 do Instrukcji Roboczej IR/EP/PPR/PO–11/01 wyd. IV z dnia 30.03.2016 oraz zapoznałem/am się z metodami badawczymi stosowanymi przez Laboratorium przy wykonywaniu badania i je akceptuję. Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania. Zostałem/am poinformowany/a, że oceny wyniku badania może dokonać tylko lekarz medycyny. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż w przypadku dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych mogących powodować zakażenia lub choroby zakaźne, zleceniobiorca informuje właściwego terytorialnie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

Szczecin, dnia

.....
podpis zleceniodawcy

WYPEŁNIA REJESTRACJA MEDYCZNA WSSE W SZCZECINIE:

KOD PRÓBKII EP/PPR /..... /

UMOWA – ZLECENIE NR EP/..... /

Osoba przyjmująca próbkę do Rejestracji Medycznej:		Data i godzina dostarczenia próbki do Rejestracji Medycznej:
Nazwisko i imię:	Podpis	
		Próbki pobrane w ramach: ☐ NADZORU SANITARNEGO ☐ ZLECENIA
Stan próbki: ☐ zgodny z Instrukcją Roboczą IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. IV z dnia 30.03.2016 ☐ inny (jaki?)		
Sposób przechowywania próbki w Rejestracji Medycznej: ☐ zgodny z Instrukcją Roboczą IR/EP/PPR/PO-11/01 wyd. IV z dnia 30.03.2016 ☐ inny (jaki?)		
Osoba przyjmująca próbkę do obszaru badań:		
Nazwisko i imię:	Podpis	