



Skierowanie Laboratoryjne

Nazwisko i imię:

PESEL:

Data ur. (płeć):

Adres:

Miejscowość:

Gmina/Powiat:

Telefon:

Nr wyk. głównego:

W szpitalu: od

do -

Nr wyk. oddziałowego:

Na oddziale: od

do -

Płatnik:

Doba:

Dane skierowania:

Jednostka realizująca:

Jednostka kierująca:

Lekarz kierujący:

Planowana data badania:

Umowa:

Uwagi:

Materiały laboratoryjne

Grupa	Materiał	Opis	Pobrano	Przyjęto
WYSYŁKOWE				

Rozpoznanie

Typ	Lp.	Kod	Nazwa polska	Opis

Badania laboratoryjne

Podpis lekarza kierującego/osoby upoważnionej do zlecenia: _____

Data pobrania materiału: _____ Podpis pobierającego: _____

Podpis ordynatora/koordynatora/kierownika jednostki: _____

Podpis dyrektora zakładu: _____