

.....
nazwa i adres jednostki org. zlecającej badanie

.....
miejsce, data

REGON:

RPWDL:

nr umowy z NFZ:

numer tel.:

kod resortowy jednostki org. zlecającej badanie:

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOMETRYCZNE

Proszę o badanie materiału

DANE PACJENTA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY			
Imię i Nazwisko pacjenta:		Płeć:	
PESEL:	Data urodzenia:	Wiek:	
Adres zamieszkania:			
ROZPOZNANIE:		ICD 10:	
ZLECONE BADANIE WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY			
Lokalizacja zmiany (narząd):			
Rodzaj materiału:	Dane osoby pobierającej materiał:	Data i godzina pobrania materiału:	
		Data i godzina utrwalenia materiału:	
Tryb wykonania badania:	<input type="checkbox"/> normalny	<input type="checkbox"/> pilny (CITO)	<input type="checkbox"/> bardzo pilny
Badanie:	<input type="checkbox"/> pierwsze	<input type="checkbox"/> kolejne – nr poprzedniego badania:	
Sugerowane rozpoznanie wynikające z badania:			
Istotne dane kliniczne:			
Informacje dodatkowe:			
..... Podpis i pieczęć lekarza kierującego			

UWAGA! W PRZYPADKU NIE WYPEŁNIENIA WYMAGANYCH PÓL, MATERIAŁ BĘDZIE ODEŚLANY.

Wygenerował:

data: