

(Pieczęćka Jednostki Kierującej)

Skierowanie do Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej
OLK SP ZOZ ul. Sokola 50, 26-110 Skarżysko-Kamienna

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

DATA URODZENIA

ADRES

BADANIE Z POWODU:

HEMATOLOGIA

CHEMIA KLINICZNA

KOAGULOLOGIA

ANALITYKA OGÓLNA

Ramki oznaczone linią przerywaną wypełnia laboratorium.

ILOŚĆ BADAŃ

1-POZ

2-SPEC

INNE

KOD KONTRAHENTA

DATA ZLECENIA

LEKARZ KIERUJĄCY

K

M

KOD MATERIAŁU
OLK

KOD MATERIAŁU
PODWYKONAWCY

KOD PODWYKONAWCY

DATA POBRANIA

CZAS POBRANIA

SEROLOGIA

POZOSTAŁE BADANIA

IMUNODIAGNOSTYKA

INFEKCJE

Rejestracja POZ*

Rejestracja SPECJALISTYCZNA*

*niepotrzebne skreślić

MIEJSCE ODBIORU

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ