

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

[illegible]**WIEK:**

--	--	--

DATA URODZENIA:

--	--	--	--	--	--	--	--

NR PESEL LUB SERIA I NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:

[illegible]

PŁEĆ:

K		M	
---	--	---	--

ROZPOZNANIE (ICD-10/-11), CZYNNIKI RYZYKA ZAKAŻENIA, PRZEBYTA HOSPITALIZACJA:

	x	y	z	t

ADRES ZAMIESZKANIA LUB POBYTU:

STOSOWANE LEKI PRZECIWDROBNOUSTROJOWE (wymienić):

--

Data i godzina	
pobrania materiału	przyjęcia materiału w laboratorium
Pieczęć i podpis osoby pobierającej materiał	Podpis osoby przyjmującej materiał

Informacje o błędach przedlaboratoryjnych	
---	--

ADRES E-MAIL:[illegible]

NUMER TELEFONU:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

HASŁO DO ZASZYFROWANIA RAPORTU Z BADANIA:

[illegible]

(data i podpis osoby zlecającej)