

Dane jednostki zlecającej badania/oddział

Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Św. Wojciecha 7
70-410 Szczecin
tel. 091 88 06 093

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO -ANALITYKA OGÓLNA

Tryb wykonania badania* Normalny Cito
Rodzaj pobranego materiału*

- mocz
- kał
- płyn m-r
- płyn stawowy
- dializat
- płynny z jamy ciała

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL..... płeć* K M

Zlecane badania:*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> badanie ogólne | <input type="checkbox"/> Tłuszcz, skrobia |
| DZM: | <input type="checkbox"/> lamblie |
| <input type="checkbox"/> białko | <input type="checkbox"/> owsiki |
| <input type="checkbox"/> glukoza | <input type="checkbox"/> krew utajona |
| <input type="checkbox"/> Liczba Addisa | |
| <input type="checkbox"/> Sód | |
| <input type="checkbox"/> Potas | <input type="checkbox"/> cytoza |
| <input type="checkbox"/> Magnez | <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni |
| <input type="checkbox"/> Wapń | |
| <input type="checkbox"/> Kreatynina | <input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> Kwas moczowy | |
| <input type="checkbox"/> Mocznik | |

Podpis i pieczęćka zlecającego badanie Podpis osoby pobierającej materiał do badania

Istotne dane kliniczne pacjenta /rozpoznanie w j.polskim/.....

Data i godzina pobrania materiału.....
Data ni godzin przyjęcia materiału.....

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku.....

* właściwie zaznaczyć

Dane jednostki zlecającej badania/oddział

Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Św. Wojciecha 7
70-410 Szczecin
tel. 091 88 06 093

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO -ANALITYKA OGÓLNA

Tryb wykonania badania* Normalny Cito
Rodzaj pobranego materiału*

- mocz
- kał
- płyn m-r
- płyn stawowy
- dializat
- płynny z jamy ciała

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL..... płeć* K M

Zlecane badania:*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> badanie ogólne | <input type="checkbox"/> Tłuszcz, skrobia |
| DZM: | <input type="checkbox"/> lamblie |
| <input type="checkbox"/> białko | <input type="checkbox"/> owsiki |
| <input type="checkbox"/> glukoza | <input type="checkbox"/> krew utajona |
| <input type="checkbox"/> Liczba Addisa | |
| <input type="checkbox"/> Sód | |
| <input type="checkbox"/> Potas | <input type="checkbox"/> cytoza |
| <input type="checkbox"/> Magnez | <input type="checkbox"/> preparat bezpośredni |
| <input type="checkbox"/> Wapń | |
| <input type="checkbox"/> Kreatynina | <input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> Kwas moczowy | |
| <input type="checkbox"/> Mocznik | |

Podpis i pieczęćka zlecającego badanie Podpis osoby pobierającej materiał do badania

Istotne dane kliniczne pacjenta /rozpoznanie w j.polskim/.....

Data i godzina pobrania materiału.....
Data ni godzin przyjęcia materiału.....

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku.....

* właściwie zaznaczyć