Formularz nr PO-02/F06
Obowiązuje od dnia: 2019.03.01

ZLECENIE nr ..../........................ w NIZP - PZH
rok

Klient:

A. Zleceniodawca:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adres: |__|__|-|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
/kod pocztowy/ /miejscowość/

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
/ulica, numer domu, numer mieszkania/

Oddział:..|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

B. Płatnik : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NIP:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adres: |__|__|-|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
/kod pocztowy/ /miejscowość/

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
/ulica, numer domu, numer mieszkania/

C. Dane Pacjenta

Imię: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nazwisko: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PESEL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| nr telefonu |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adres zamieszkania:
|__|__|-|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
/kod pocztowy/ /miejscowość/

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
/ulica, numer domu, numer mieszkania/

Data urodzenia. |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__| płeć: K [ ] M [ ]
/dd-mm-rrrr/

D. Dane lekarza zlecającego badanie:

Imię i Nazwisko:: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nr telefonu: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E. Dane osoby pobierającej materiał do badania:

Imię i Nazwisko: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

1. Wskazanie do wykonania badania (istotne kliniczne dane pacjenta)..
2. Opis materiału i zakres badania:

Lp.	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania próbki	Uwagi	Oczekiwany kierunek badania w NIZP - PZH	Data i godzina przyjęcia próbki (wypełnia PPM w NIZP - PZH)

3.Termin realizacji .... Tryb wykonania badania: cito / zwykły*
4. Dodatkowa dokumentacja: skierowanie od lekarza, inne:....................................5. Próbki po badaniu do dyspozycji Laboratorium tak / nie*
6. Przekazanie sprawozdania z badań: faksem**/ pocztą / odbiór osobisty/osoba upoważniona do odebrania wyniku*
7. Informacje dotyczące miejsca przesłania wyniku lub nr faksu..
8. Koszt realizacji zlecenia:....................................... 9. Klient ma prawo do złożenia skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania.
10. Klient wyraża /nie wyraża* zgody na wykorzystanie wyników do celów opracowań syntetycznych.
11. Kompetencje laboratorium potwierdzone w akredytacji w odniesieniu do wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17025, nie obejmują etapu przedanalitycznego i poanalitycznego.

....

Klient - data/podpis Główny Księgowy - data/podpis (dla Klientów instytucjonalnych)

.... Osoba przyjmująca zlecenie data/podpis (wypełnia PPM w NIZP - PZH)	.... Osoba dokonująca przeglądu zlecenia data/podpis (wypełnia NIZP - PZH)	Rezultat przeglądu (wypełnia laboratorium w NIZP - PZH) .... pozytywny / negatywny *

Formularz zlecenia należy wypełnić drukowanymi literami. Szare pola formularza są wypełniane w NIZP - PZH
* niepotrzebne skreślić **Zleceniodawca zapewnia, że do wskazanego nr faksu mają dostęp wyłącznie osoby upoważnione do odbioru wyniku.