

<i>Pieczęć nagłówkowa jednostki kierującej</i>	<b>Skierowanie na badania laboratoryjne</b>	<i>Kod kreskowy</i>
--	---	---------------------

F-MLD-6-0-1

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne

Data zlecenia: .....

Przychodnia Specjalistyczna w Olsztynie

ul. Dworcowa 28 tel. (89) 537-32-16

**Nazwisko i imię pacjenta:** .....

Data urodzenia: .....

PESEL ..... Płeć M  K

Adres zamieszkania: .....

Telefon: ..... e-mail: .....

Tryb wykonania:                      PILNE     RUTYNA

Rodzaj materiału: .....

- Zlecone badania:**
1. ....
  2. ....
  3. ....
  4. ....
  5. ....
  6. ....

Istotne dane kliniczne: .....

Data i godzina pobrania materiału: .....

Data i godzina przyjęcia materiału: .....

*pieczęćka i podpis lekarza kierującego*

*pieczęćka i podpis osoby pobierającej*