

|  |   |  |                                  |
|--|---|--|----------------------------------|
| Oznaczenie jednostki zlecającej  | <p style="text-align: center;"><b>Centrum Onkologii-Instytut<br/>im. Marii Skłodowskiej-Curie<br/>Zakład Mikrobiologii Klinicznej<br/>02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5<br/>Nr Rejestru KLDL 0865</b></p> |  | Data wystawienia zlecenia        |
| <b>SKIEROWANIE NA PŁATNE BADANIA LABORATORYJNE DO ZAKŁADU MIKROBIOLOGII KLINICZNEJ</b><br>Sekretariat tel. (22) 546 – 28 – 88 e-mail: zmk@coi.waw.pl |   |  |                                  |
| <b>PŁATNIK:</b><br><br><input type="checkbox"/> Umowa nr .....<br><br><input type="checkbox"/> Zgoda płatnika zewnętrznego                           | <i>Pieczęć i podpis płatnika zewnętrznego / dyrekcji</i>  |  |                                  |
| <b>DANE PACJENTA – wypełnia zlecanodawca</b>   |   |  |                                  |
|  |   |  | Płeć: <input type="checkbox"/> K |
| <i>Imię i nazwisko pacjenta, data urodzenia</i>  |   |  | <input type="checkbox"/> M       |
| <b>PESEL</b>   |   |  |                                  |
| Nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL)   |   |  |                                  |
| <b>Rodzaj badania/materiał:</b>  |   |  |                                  |
| Wykaz badań na stronie <a href="http://www.coi.pl">www.coi.pl</a> w zakładce dla lekarzy   |   |  |                                  |
| Istotne dane kliniczne pacjenta (np.:rozpoznanie, antybiotykoterapia, leukopenia, założone linie naczyniowe, inne)                                   |   |  |                                  |
| <b>WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA MATERIAŁ</b>   |   | <b>WYPEŁNIA LABORATORIUM</b>                       |                                  |
|  |   | <b>KOD KRESKOWY</b>                                |                                  |
| Data pobrania  | Godzina pobrania  | Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium |                                  |
| Dane* osoby pobierającej materiał do badania   |   |  |                                  |
| MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU ( ** e-mail, adres poczt)  |   | Lekarz zlecający (pieczętka i podpis)              |                                  |

\* Dane: pieczętka i podpis lub czytelnie imię i nazwisko

\*\*Wynik będzie wysłany zaszyfrowanym połączeniem.