



DIAGNOSTYKA Sp. z o. o. ul. prof. Michała Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków  
email: lab@diag.pl; www.diagnostyka.pl, nr rejestru 000000005831

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

DATA URODZENIA

LICZBA  
BADAŃ

DATA I GODZINA  
PRZYJĘCIA  
DO LABORATORIUM

NR ID PACJENTA

PLEĆ:  
M   
K

PIECZĘĆ ZLECENIODAWCY

PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKÓW

KOD MATERIAŁU

KOD ODDZIAŁU

Podpis osoby pobierającej

ADRES TELEFON

DATA POBRANIA 

D	D	M	M	R	R
---	---	---	---	---	---

MATERIAŁ:  wymaz z kału /  kał /  wymaz z odbytu

ROZPOZNIANIE / ISTOTNE DANE KLINICZNE: .....

Godziny pobrania materiału

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Minuty		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	15	30	45
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ZLECENIE NA BADANIE KAŁU W KIERUNKU OBECNOŚCI PAŁECZEK SALMONELLA I SHIGELLA

UWAGA! Dla każdej próbki należy wypełnić osobne zlecenie

PIERWSZA PRÓBKĄ

DRUGA PRÓBKĄ

TRZECIA PRÓBKĄ

57 Kał w kierunku Salmonella/Shigella (1. próbka)

10005 Kał w kierunku Salmonella/Shigella (2. próbka)

10006 Kał w kierunku Salmonella/Shigella (3. próbka)

Czytelny podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia