

Zlecenie badania laboratoryjnego w kierunku SARS-CoV-2 (COVID-19)

Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza
MEDYCZNE LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNE
38-300 Gorlice, ul. Węgierska 21, tel. 18 35 53 328
/proszę wypełnić wyraźnie, drukowanymi literami/

Data:

WYPEŁNIA PACJENT

Imię: Nazwisko:

PESEL: _ _ _ _ _ (nr dowodu osob.) Płeć: M K

Adres zamieszkania

Telefon: Email:

Wynik opłacony przez pacjenta można otrzymać w języku polskim lub angielskim (**niepotrzebne skreślić**)

Klauzule informacyjne dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Zleceniobiorcę znajdują się na stronie internetowej: <https://www.szpital.gorlice.pl/s136-rodz.html>.

Wyrażam zgodę na pobranie materiału do badań i zlecam wykonanie badania metodą stosowaną w Laboratorium.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Podpis Pacjenta:

WYPEŁNIA PRACOWNIK PUNKTU POBRAŃ

Kierunek badania: Test jakościowy real-time PCR w kierunku SARS-CoV-2 (COVID-19)

Materiał: wymaz z nosogardzieli

Objawy choroby:

brak występują: kaszel, gorączka, duszność,

Inne uwagi:

Przyczyna badania:

skierowany przez sanepid

komercyjny (opłacony przez pacjenta)

sanatorium

stacja dializ

skierowany od lekarza POZ

kwarantanna 10 dzień (osoba która dostała SMS w 7 dniu)

numer zlecenia:..... pracownik szpitala

Data i godzina pobrania: Podpis osoby pobierającej:

WYPEŁNIA LABORATORIUM

Data i godzina dostarczenia do lab.:

Ocena próbki: Próbka odpowiednia do badania Próbka nie nadaje się do badania

Podpis osoby przyjmującej materiał: