SKIEROWANIE
Do Centralnego Laboratorium Klinicznego

Pacjent:

Nazwisko i imię: .....

Data urodzenia: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ r. (dzień / miesiąc / rok) PESEL* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Płeć: ☐ M ☐ K

.....

Adres zamieszkania / oddział szpitalny:

Rodzaj badania:

.....

.....

Materiał biologiczny:

Rodzaj materiału:

☐ krew obwodowa ☐ inny .....

Tryb wykonania badania:

☐ Rutynowy ☐ CITO

Ośrodek kierujący – pieczątka:	
Pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie	
Data wystawienia zlecenia:	

Data pobrania materiału:		*Data przyjęcia materiału:*	*Wypełnia CLK*
Godzina pobrania materiału:		*Godzina przyjęcia materiału:*	*Wypełnia CLK*
Dane osoby pobierającej materiał:		*Dane osoby przyjmującej materiał:*	*Wypełnia CLK*