

ZLECENIE NA BADANIA LABORATORYJNE



Laboratorium Medyczne LAB-MED
ul. Raciborska 9, 44-153 Sośnicowice
tel. 32 555 05 25, email: info@lab-med.pl
www.lab-med.pl

Grid for patient name (NAZWISKO)

NAZWISKO

Grid for patient name and gender (PŁEĆ: M K)

IMIĘ

Grid for patient PESEL and date of birth (DATA URODZENIA)

PESEL

DATA URODZENIA

ADRES:

TELEFON:

EMAIL:

DANE KLINICZNE PACJENTA

1530 PROFIL DIETETYCZNY PODSTAWOWY - 42,00 PLN

- Mocz - analiza ogólna z osadem
Morfologia krwi - 5 DIFF
ALT
AST
Cholesterol całkowity
Cholesterol HDL - met. bezpośrednia
Cholesterol LDL - met. bezpośrednia
Triglicerydy

Horizontal lines for additional notes or patient information

INNE BADANIA / UWAGI

ŁĄCZNA ILOŚĆ BADAŃ

Amarena
PORADNIA DIETETYCZNA

Al. Korfańtego 25/6 (II piętro), Gliwice

LEKARZ ZLECAJĄCY / ZLECENIODAWCA

PIECZĘĆ ZLECENIODAWCY

Grid for date of prescription (DATA ZLECENIA)

DATA ZLECENIA

Grid for time of prescription (GODZ. ZLECENIA)

GODZ. ZLECENIA

TRYB: NORM CITO

OSOBA POBIERAJĄCA

Grid for date of collection (DATA POBRANIA)

DATA POBRANIA

Grid for time of collection (GODZ. POBRANIA)

GODZ. POBRANIA

RODZAJ MATERIAŁU

MIEJSCE ODBIORU WYNIKU

TUTAJ WKLEJ NAKLEJKĘ

KOD KRESKOWY MATERIAŁU

Grid for date of receipt (DATA PRZYJĘCIA)

DATA PRZYJĘCIA

Grid for time of receipt (GODZ. PRZYJĘCIA)

GODZ. PRZYJĘCIA