

ZLECENIE nr/..... w NIZP - PZH
rok

Klient:

A. Zleceniodawca:
Adres:
/kod pocztowy/ /miejsowość/
.....
/ulica, numer domu, numer mieszkania/
Oddział:..|.....

B. Płatnik :
NIP:|.....
Adres:
/kod pocztowy/ /miejsowość/
.....
/ulica, numer domu, numer mieszkania/

C. Dane Pacjenta

Imię:
Nazwisko:
PESEL: nr telefonu
Adres zamieszkania:
/kod pocztowy/ /miejsowość/
.....
/ulica, numer domu, numer mieszkania/
Data urodzenia. płęć: K M
/dd-mm-rrrr/

D. Dane lekarza zlecającego badanie:

Imię i Nazwisko:
nr telefonu: |.....

E. Dane osoby pobierającej materiał do badania:

Imię i Nazwisko: |.....

1. Wskazanie do wykonania badania (istotne kliniczne dane pacjenta).....
2. Opis materiału i zakres badania:

Lp.	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania próbki	Uwagi	Oczekiwany kierunek badania w NIZP - PZH	Data i godzina przyjęcia próbki (wypełnia PPM w NIZP - PZH)

3. Termin realizacji Tryb wykonania badania: cito / zwykły*
4. Dodatkowa dokumentacja: skierowanie od lekarza, inne:.....
5. Próbki po badaniu do dyspozycji Laboratorium tak / nie*
6. Przekazanie sprawozdania z badań: faksem**/ pocztą / odbiór osobisty/osoba upoważniona do odebrania wyniku*
7. Informacje dotyczące miejsca przesłania wyniku lub nr faksu.....
8. Koszt realizacji zlecenia:.....
9. Klient ma prawo do złożenia skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania.
10. Klient wyraża /nie wyraża* zgody na wykorzystanie wyników do celów opracowań syntetycznych.
11. *Kompetencje laboratorium potwierdzone w akredytacji w odniesieniu do wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17025:2005, nie obejmują etapu przedanalizycznego i poanalizycznego.*

.....

Klient - data/podpis

Główny Księgowy - data/podpis (dla Klientów instytucjonalnych)

..... Osoba przyjmująca zlecenie data/podpis (wypełnia PPM w NIZP - PZH) Osoba dokonująca przeglądu zlecenia data/podpis (wypełnia NIZP - PZH) Rezultat przeglądu (wypełnia laboratorium w NIZP - PZH) pozytywny / negatywny *
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Formularz zlecenia należy wypełnić drukowanymi literami

Szare pola formularza są wypełniane w NIZP - PZH

* niepotrzebne skreślić

**Zleceniodawca zapewnia, że do wskazanego nr faksu mają dostęp wyłącznie osoby upoważnione do odbioru wyniku.