Data wystawienia skierowania

Pieczęć jednostki zlecającej	Pieczęć i podpis lekarza

SKIEROWANIE STAŁE DO PRACOWNI DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ SP MG ZOZ w JAŚLE

NA OKRES _____

CZĘSTOTLIWOŚĆ WYKONYWANYCH BADAŃ _____

Nazwisko, imię

Adres

Pesel

- ☐ Morfologia
- ☐ Mocz – badanie ogólne
- ☐ Dobowa utrata białka z moczem
- ☐ Białko w moczu
- ☐ Dobowa utrata białka z moczem
- ☐ Glukoza
- ☐ Potas
- ☐ INR
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Ilość zleconych badań	Pieczęć i podpis osoby pobierającej materiał