

.....
miejsowość i data**SKIEROWANIE BA BADANIA LABORATORYJNE**.....
imię i nazwisko.....
adres zamieszkania.....
PESEL

Badania (zaznaczyć wybrane):

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Morfologia | <input type="checkbox"/> Kwas moczowy | <input type="checkbox"/> Pakiet ogólny |
| <input type="checkbox"/> OB | <input type="checkbox"/> Jonogram (Na ⁺ / K ⁺) | <input type="checkbox"/> Pakiet rozszerzony |
| <input type="checkbox"/> Mocz | <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> Pakiet tarczycowy |
| <input type="checkbox"/> Glukoza | <input type="checkbox"/> fT3 | <input type="checkbox"/> Pakiet sercowy |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol | <input type="checkbox"/> fT4 | <input type="checkbox"/> Pakiet wątrobowy |
| <input type="checkbox"/> Lipidogram | <input type="checkbox"/> PSA | <input type="checkbox"/> Pakiet kobiety planującej ciążę |
| <input type="checkbox"/> Bilirubina | <input type="checkbox"/> HBS | <input type="checkbox"/> Pakiet przy antykoncepcji hormonalnej |
| <input type="checkbox"/> Alat | <input type="checkbox"/> HCV | <input type="checkbox"/> Pakiet przed zabiegiem |
| <input type="checkbox"/> ASPAT | <input type="checkbox"/> WR | <input type="checkbox"/> Pakiet dziecięcy |
| <input type="checkbox"/> CRP | | <input type="checkbox"/> Pakiet Kobieta 40+ |
| <input type="checkbox"/> Kreatynina | | <input type="checkbox"/> Pakiet Mężczyzna 40+ |
| <input type="checkbox"/> Mocznik | | <input type="checkbox"/> Pakiet Sportowiec |

Inne

Wyrażam zgodę na pobranie krwi do w/w badań......
data i czytelny podpis pacjenta