

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE COVID19

NAZWISKO			<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA	<input type="checkbox"/> KOBIETA	MIEJSCE NA KOD KRESKOWY
IMIĘ			<input type="checkbox"/> PACJENT	<input type="checkbox"/> PRACOWNIK SŁUŻBY ZDROWIA	
PESEL		DATA URODZENIA	NUMER DOWODU/PASZPORTU		ZLECENIODAWCA
ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, NR DOMU, NR LOKALU)					
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	NUMER TELEFONU		<input type="checkbox"/> PACJENT KOMERCYJNY	
				<input type="checkbox"/> -10%	<input type="checkbox"/> -20% <input type="checkbox"/> -50%

BADANIE

<input type="checkbox"/> Wykrywanie materiału genetycznego wirusa SARS-CoV-2 [wer. pol.] (2019COV)	<input type="checkbox"/> Wykrywanie antygenu SARS-CoV-2 [wer. pol.] (COV2ANT)	ANTYGEN - WYNIK (UJEMNY / DODATNI)
<input type="checkbox"/> RNA detection of the coronavirus SARS-CoV-2 [english] (19COVA)	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 Antigen [english] (COVANTA)	
<input type="checkbox"/> Nachweis von SARS-CoV-2 Coronavirus RNA [deutsch] (19COVN)	<input type="checkbox"/> Nachweis von SARS-CoV-2 Coronavirus Antigen [deutsch] (COVANTN)	ISTOTNE DANE KLINICZNE
DATA I GODZINA POBRANIA	DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zastosowałem/am się do poniższych zaleceń przed wykonaniem badania

- Na dwie godziny przed pobraniem nie jeść, nie pić oraz nie palić papierosów
- Przed wymazem nie stosować żadnych donosowych lub wziewnych leków przeciwzapalnych

DATA

PODPIS PACJENTA