



**Centrum Diagnostyki
Patomorfologicznej Sp. z o. o.**

ul. Gustawa Morcinka 5/11
01-496 Warszawa
www.patomorfologia.com
telefon: +48 69 0 69 62 69

KRS: 0000664320 | REGON: 36666206800012 | NIP: 5252701325 | Kod resortowy: (I) 000000192316; (V) 01; (VII) 001; (VIII) 7150

Skierowanie na badanie patomorfologiczne Badanie cytologiczne osadu moczu Ankieta dla pacjenta				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą:		Kod identyfikacyjny badania:		
Centrum Diagnostyki Patomorfologicznej Sp. z o. o. ul. Gustawa Morcinka 5/11 01-496 Warszawa		TU UMIEŚĆ NAKLEJKĘ Z KODEM KRESKOWYM		
Dane pacjenta				
Imię:				
Nazwisko:				
PESEL/ID:		Data urodzenia:		
Adres zamieszkania:				
Dane dotyczące choroby				
Rozpoznanie:				
Przebyte leczenie:				
Radioterapia:	Tak	Nie	Kiedy:	
Chemioterapia	Tak	Nie	Kiedy:	
Antybiotykoterapia:	Tak	Nie	Kiedy:	
Hormonoterapia:	Tak	Nie	Kiedy:	
Cewnikowanie	Tak	Nie	Kiedy:	
Materiał				
Data pobrania:		Godz. pobrania:	:	Utrwalenie:
Uwagi:	Dla szczegółowego opisu nadesłanych materiałów prosimy wykorzystać pole na odwrocie skierowania			
<i>Oświadczam, że: - zapoznałem (-am) się ze szczegółowym opisem badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem; - zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej; - stwierdzam, że uzyskałem/łam wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego badania.</i>				
Data i podpis pacjenta:				

Szczegółowy opis nadesłanego materiału oraz uwagi:



Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem są usługami w zakresie opieki medycznej, służącymi profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz usługami ściśle z tymi usługami związanymi, w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług i jako takie są zwolnione z podatku VAT.