

Druk należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami (FILL THE FORM IN CAPITAL LETTERS)



SKIEROWANIE NA BADANIE SARS-CoV-2 ANTYPGEN (SARS-CoV-2 ANTYPGEN TEST REQUEST FORM)

Laboratorium Medyczne LAB-MED

ul. Raciborska 9, 44-153 Sośnicowice
tel. 880 888 112, email: covid.pcr@lab-med.pl
www.lab-med.pl

TU NAKLEJ KOD MATERIAŁU

NAZWISKO (LAST NAME)

IMIĘ (NAME)

PESEL (ID NUMBER)

DATA URODZENIA (DATE OF BIRTH)

ADRES ZAMELDOWANIA (ULICA, NR DOMU, NR LOKALU) (FULL REGISTERED ADDRESS)

ADRES E-MAIL (E-MAIL ADDRESS)

NUMER TELEFONU (PHONE NUMBER)

ADRES POBYTU TYMCZASOWEGO (TEMPORARY RESIDENCE ADDRESS)

ADRES POBYTU TYMCZASOWEGO (TEMPORARY RESIDENCE ADDRESS)

MĘŻCZYZNA
(MAN)

KOBIETA
(WOMAN)

PŁEĆ (SEX)

KOD POCZTOWY
(ZIP CODE)

MIEJSCOWOŚĆ (CITY)

KRAJ (COUNTRY)

NUMER KONTAKTOWY W MIEJSCU POBYTU
(CONTACT NUMBER AT THE PLACE OF STAY)

ZDROWIE POD KONTROLĄ

WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY (TO BE COMPLETED BY MEDICAL STAFF)

ANTYPGEN

WYMAZ Z NOSOGARDZIELI

DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU

DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ

DATA I GODZINA PRZYJĘCIA DO LABORATORIUM