P	L

Dia-Bakter

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Mikrobiologicznej

85 679 51 95 Email: diabakter@wp.pl ul. Stołeczna 7/100 15-879 Białystok

Data przyjęcia: **Numer badania:**

DANE PACJENTA PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko Imię

PESEL: Adres zamieszkania:

Powiat:

Numer telefonu: E-mail:

Dane Opiekuna (Nazwisko, Imię, PESEL): ☐ Paragon

Zlecenie badania(zleconych badań nie można anulować): ☐ Faktura

Próbka:	Data pobrania	Materiał (Kał/Mocz/Krew/Wymaz/Inne):	Rodzaj badania:	Uwagi:
Nr:				
Nr:				
Nr:				
Nr:				
Nr:				

*Rodzaje badań należy wybrać z cennika/oferty laboratorium Cennik - Dia-Bakter.

Ankieta:

Ostatnie badanie w kierunku pasożytów, bakterii, grzybów (data, wynik

.....

Data ostatniego leczenia w kierunku przeciwpasożytniczym, przeciwbakteryjnym, przeciwgrzybiczym oraz przyjmowane leki:

.....

Wyjazdy zagraniczne (kraj, okres pobytu):

.....

Kontakt ze zwierzętami(wymienić):

.....

Czy dieta Pacjenta obejmuje potrawy zawierające:

- surowe mięso **Tak/Nie**

- owoce morza **Tak/Nie**

- surowe ryby **Tak/Nie**

Objawy:	
☐ brak objawów	☐ osłabienie
☐ gorączka, dreszcze, poty	☐ odbijanie
☐ bóle:	☐ kaszel
☐ głowy	☐ powiększenie:
☐ mięśni	☐ śledziony,
☐ stawów	☐ węzłów chłonnych
☐ brzucha	☐ niedokrwistość
☐ pod żebrami	☐ Eozynofilia
☐ nudności, wymioty	☐ niedobór:
☐ wzdęcia	☐ żelaza
☐ biegunka	☐ wit. B12
☐ biegunka z domieszką krwi i śluzu	☐ zmiany skórne
☐ zaparcia	☐ świąd skórny
☐ utrata masy ciała	☐ świąd w okolicy odbytu(nasilenie nocą)
☐ owrzodzenia, nadżerki błony śluzowej żołądka/dwunastnicy	Inne:
☐ zgaga	.....

Wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości środkami komunikacji elektronicznej oraz telefonicznej inicjowanej przez Laboratorium diagnostyczne Dia-Bakter w celach komunikacji dotyczącej wykonywanych badań. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej utworzonej na potrzeby dzielenia świadczeń medycznych wykonywanych przez Laboratorium diagnostyczne Dia-Bakter oraz firm podwykonawczych, zgodnie z rozporządzeniem Ochrony Danych Osobowych

.....

Data i podpis Pacjenta

Przyjęcie materiałów do badań od poniedziałku do piątku w godzinach od 9^{00} do 14^{00}

Adnotacje: