

**Laboratorium Medyczne**  
**DIAGNOSTYKA**  
**Wykaz miejsc pobierania**  
**na drugiej stronie**

**Laboratorium Medyczne**  
**DIAGNOSTYKA**  
**Wykaz miejsc pobierania**  
**na drugiej stronie**

.....  
pieczęćka jednostki kierującej

.....  
pieczęćka jednostki kierującej

**Szpital Wojewódzki- Laboratorium**  
**ul. Żołnierska 18**  
**10-561 Olsztyn**  
**tel. (89) 53-86-595**  
całodobowo 7 dni w tygodniu

**Szpital Miejski - Laboratorium**  
**ul. Niepodległości 44**  
**10-045 Olsztyn**  
**tel. (89) 5326250, 5326354**  
całodobowo 7 dni w tygodniu

**Szpital Wojewódzki- Laboratorium**  
**ul. Żołnierska 18**  
**10-561 Olsztyn**  
**tel. (89) 53-86-595**  
całodobowo 7 dni w tygodniu

**Szpital Miejski - Laboratorium**  
**ul. Niepodległości 44**  
**10-045 Olsztyn**  
**tel. (89) 5326250, 5326354**  
całodobowo 7 dni w tygodniu

**SKIEROWANIE NA BADANIA**

Proszę wykonać niżej wymienione badania:

**SKIEROWANIE NA BADANIA**

Proszę wykonać niżej wymienione badania:

U Pana/Pani.....

U Pana/Pani.....

Adres.....

Adres.....

Pesel.....

Pesel.....

- 1. Morfologia krwi (C53)**
- 2. APTT (G11)**
- 3. Poziom cukru we krwi (L43)**
- 4. CRP (I81)**
- 5. Potas w surowicy (N45)**
- 6. Sód w surowicy (O35)**

- 1. Morfologia krwi (C53)**
- 2. APTT ( G11)**
- 3. Poziom cukru we krwi (L43)**
- 4. CRP (I81)**
- 5. Potas w surowicy (N45)**
- 6. Sód w surowicy (O35)**

Badania laboratoryjne wykonać 2 tygodnie przed planowanym zabiegiem. Wszystkie wyniki badań zabieramy ze sobą w dniu przyjęcia na Oddział.

Badania laboratoryjne wykonać 2 tygodnie przed planowanym zabiegiem. Wszystkie wyniki badań zabieramy ze sobą w dniu przyjęcia na Oddział.

**Można zaszczepić się przeciwko WZW typu B (nieobowiązkowe) (operacja może odbyć się po 2 szczepionce). Nie dotyczy osób, które zostały już zaszczepione.**

**Można zaszczepić się przeciwko WZW typu B (nieobowiązkowe) (operacja może odbyć się po 2 szczepionce). Nie dotyczy osób, które zostały już zaszczepione**

.....  
Data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza

.....  
Data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza