

pieczątka jednostki zlecającej

**SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE OSADU MOCZU**

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI/PACJENTA**:………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PESEL:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ROZPOZNANIE/ z jakiego powodu wykonywane jest badanie

………………………………………………………………………………………..……………………………….

podpis i pieczęć Lekarza

zlecającego badanie

Wyrażam zgodę na przesłanie wyniku mojego badania e-mailem na adres:

…………………………………………………………………………………………………………………………

 Czytelny podpis: