wzór

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE

W ramach projektu „Profilaktyka raka szyjki macicy szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego"

I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU (WYPEŁNIA EDUKATOR)

Imię i nazwisko: .....

PESEL: | | | | | | | | | | | |

II. MIEJSCE BADANIA

Adres NZOZ w którym odbędzie się badanie: .....

Nazwa lub nr gabinetu: _____

III. TERMIN BADANIA

Data badania *(dd/mm/rr)*: _____

Godzina: _____

Inne: .....

IV. SKIEROWANIE WYSTAWIŁ:

Imię i nazwisko Edukatora: .....

Pieczątka NZOZ w którym wystawiono skierowanie: .....

V. POTWIERDZENIE WYKONANA BADANIA w programie SIMP

(WYPEŁNIA OSOBA WYKONUJĄCA BADANIE CYTOLOGICZNE)

Data wykonania badania cytologicznego: .....

Nr identyfikacyjny badania[1]: .....

Pieczątka świadczeniodawcy NZOZ w którym odbyło się badanie: .....

Pieczątka i podpis osoby wykonującej badanie: _____

[1] nr identyfikacyjny badania - to niepowtarzalny numer badania, nadany automatycznie przez program SIMP po wypełnieniu i zatwierdzeniu ankiety pacjenta.