

II. DANE OSOBY, U KTÓREJ STWIERDZONO DODATNI WYNIK BADANIA W KIERUNKU LUDZKIEGO WIRUSA NIEDOBORU ODPORNOŚCI (HIV)⁴⁾*

1. Nazwisko⁵⁾*

2. Imię⁵⁾*

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

 / /

4. Nr PESEL

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu⁶⁾

6. Płeć (M, K)*

7. Wiek*

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy

9. Miejscowość⁷⁾*

10. Ulica

11. Nr domu

12. Nr lokalu

III. INNE INFORMACJE

1. Data rozpoznania (dd/mm/rrrr)

 / /

2. Badana próbka pochodziła:

od chorego hospitalizowanego

od chorego leczonego ambulatoryjnie

Adres szpitala:

.....

3. Powód wykonania badania:

diagnostyka kliniczna

ciąża

badanie przesiewowe

badanie z inicjatywy osoby badanej (bez skierowania lekarskiego) w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym

inny powód, jaki

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO KIEROWNIKA LABORATORIUM

1. Pieczętka imienna 2. Telefon kontaktowy 3. Podpis