

UZUPEŁNIŃ LABORATORIUM  
KOD MATERIAŁU

DATY POBRANIA PRÓBEK

1. PRÓBKA	
2. PRÓBKA	
3. PRÓBKA	
DODATKOWE PRÓBK	

PROSZĘ O WYKONANIE PONIŻSZYCH BADAŃ:

BADANIA PROSIMY ZAZNACZAĆ X → X

- BADANIE PARAZYTOLOGICZNE KAŁU (3 PRÓBK)
- BADANIE PARAZYTOLOGICZNE KAŁU (1 PRÓBKA)
- BADANIE POSTACI DOROSŁEJ PASOŻYTA
- WYKRYWANIE ANTYGENÓW GIARDIA LAMBLIA W KALE - METODA ELISA
- BADANIE KAŁU W KIERUNKU ANTYGENU GIARDIA INTESTINALIS
- BADANIE KAŁU W KIERUNKU ANTYGENU HELICOBACTER PYLORII
- BADANIE KAŁU NA KREW UTAJONĄ
- KALPROTEKTYNA W KALE - JAKOŚCIOWO
- KALPROTEKTYNA W KALE - ILOŚCIOWO
- BADANIE RZĘS/ZESKROBIN W KIERUNKU NUŻEŃCA
- BADANIE OGÓLNE KAŁU
- BADANIE PLWOCINY W KIERUNKU PRZYWRWY
- POSIEW KAŁU W KIERUNKU GRZYBÓW
- POSIEW KAŁU W KIERUNKU BAKTERII
- WYMAZ Z OKOLIC ODBYTU W KIERUNKU JAJ OWSIKA
- ZONULINA W KALE
- ANALIZA PIERWIASTKOWA WŁOSA
- BADANIE MOCZU W KIERUNKU PRZYWRWY KRWI (3 PRÓBK)
- GLIFOSAT W MOCZU
- HEMOPIROLLAKTAM W MOCZU
- D-ARABINITOL
- ORGANIX GASTRO
- INNE: .....

**UWAGA! BARDZO PROSIMY O ZAZNACZANIE TYLKO TYCH BADAŃ, KTÓRE ZOSTAŁY PRZEZ PAŃSTWA OPŁACONE. ZAZNACZENIE WIĘKSZEJ ILOŚCI BADAŃ WIĄŻE SIĘ Z PONIESIENIEM DODATKOWYCH KOSZTÓW.**

OBJAWY

	TAK / NIE
ILÓŚĆ WYPRÓŻNIEŃ NA DZIEŃ	_____
ODCZUCIE PRZELEWANIA	_____
ŚWIĄD SKÓRY W OKOLICACH INTYMNYCH	_____
ZACZERWIENIENIE SKÓRY	_____
WÓRKI POD OCZAMI	_____
ZGRZYTANIE ZĘBAMI	_____
WZMOŻONA POTLIWOŚĆ	_____
POTLIWOŚĆ POŚLADKÓW	_____
NIŚKIE PŁYTKI KRWI	_____
PRZEDŁUŻONE CZASY KRZEPNIĘCIA	_____
BOLESNE ODDAWANIE MOCZU	_____
OKRESOWE ZABURZENIA WZROKU	_____
NAPADOWY KASZEL	_____
INFEKCJE DRÓG MÓCZOWO-PŁCICOWYCH	_____
POBUDLIWOŚĆ NERWOWA	_____
ZACHCIANKI NA SŁODYCZE	_____

	TAK / NIE
BÓLE BRZUCHA	_____
ROZWOLNIENIE	_____
WZDĘCIA	_____
GAZY	_____
ŚWIĄD SKÓRY	_____
BÓLE GŁOWY	_____
ZAWROTY	_____
UCZULENIE	_____
WYSYPKA	_____
OBRZĘKI	_____
BÓLE MIĘŚNI	_____
BÓLE STAWÓW	_____
ANEMIA	_____
DUSZNOŚĆ	_____
DEPRESJA	_____
ZMĘCZENIE	_____
ZATWARDZENIE	_____
NAPADY GŁODU	_____
PODJADANIE W NOCY	_____
NIESPOKOJNY SEN	_____

CHOROBY

	TAK / NIE
ZESZTYWNIĄJĄCE	_____
ZAPALENIE STAWÓW	_____
STWARDNIENIE ROZSIANE	_____
ZESPÓŁ JELITA DRAŻLIWEGO	_____
CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA	_____
ZESPÓŁ APERGERA	_____
WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO	_____
HASHIMOTO	_____
ŁUSZCZYCA	_____
KAMICA ŻÓŁCIOWA	_____
CHOROBY TRZUSTKI	_____
CHOROBY WĄTROBY	_____
CUKRZYCA	_____
TOCZEŃ UKŁADOWY	_____
ASTMA	_____
AZS	_____
INNE .....	_____

DIETA

	TAK / NIE
Czy spożywa Pan/Pani surowe mięso?	_____
Czy spożywa Pan/Pani owoce morza?	_____
Czy spożywa Pan/Pani wędzone ryby?	_____

NAZWISKO I IMIE	PESEL   DATA URODZENIA
NUMER TELEFONU	ADRES MAILOWY
DANE SPECJALISTY/JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ BADANIE	

Wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości środkami komunikacji elektronicznej inicjowanych przez OlimpiaMed Laboratorium Medyczne w celach komunikacji dt. wykonywanych badań.

DATA	PODPIS
------	--------

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej utworzonej na potrzeby dzielenia świadczeń medycznych w OlimpiaMed Laboratorium Diagnostyczne oraz firm podwykonawczych, zgodnie z rozporządzeniem Ochrony Danych osobowych.

DATA	PODPIS
------	--------

Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących i/lub wiadomości sms inicjowanych przez OlimpiaMed Laboratorium Medyczne w celach komunikacji dt. wykonywanych badań.

DATA	PODPIS
------	--------

OSTATNIE BADANIE W KIERUNKU PASOŻYTÓW (KIEDY, WYNIK):

ZASTOSOWANE LECZENIE PRZECIWPASOŻYTNICZE (LEKI, OKRES STOSOWANIA):

PODRÓŻE (GDZIE, NIEPOKOJĄCE OBJAWY): .....

ZWIERZĘTA DOMOWE: .....