

**Wypełnia laboratorium:**

Nr hodowli .....

Data otrzymania materiału (dz/m/r) :

...../...../..... r.

## SKIEROWANIE NA BADANIE KARIOTYPU

Nazwisko i imię: ..... Data badania: .....

Adres: .....

Data urodzenia(dz/m/r): .....

PESEL .....

Nr kartoteki poradni genetycznej: .....

Rozpoznanie i kod ICD-10: .....

Rodzaj badania (podkreślić): podstawowe, uzupełniające, prywatne.

1. Dane charakterystyczne z wywiadu, główne objawy, wywiad rodzinny:

.....  
.....  
.....

2. Rodzaj badania kariotypu (podkreślić): standardowe, FraX, FISH

Inne: .....

3. Uwagi:

.....  
.....

.....  
Data i czytelny podpis i pieczęć lekarza

Nr konta dla płatności przelewem: **ALIOR BANK 75 2490 0005 0000 4600 6544 0417**

**Pacjenci indywidualni proszeni są o dokonanie wpłaty przed wykonaniem badania.**

.....  
Data

.....  
Podpis zlecającego

Szczegółowe informacje na str. [www.genesis.pl](http://www.genesis.pl)