Dane podmiotu (miejscowość), dnia……………………

**SKIEROWANIE DO LABORATORIUM**

Proszę o wykonanie wymienionych niżej badań

 u Pana(i) …………………………………………………………. Lat ……………………….

Adres ……………………………………………………………………………………………….

PESEL ……………………………………………………………………………………………….

Badanie:

* Morfologia krwii z rozmazem
* OB.
* Czas protrombinowy
* Czas kaolinowo-kefalinowy
* INR
* Fibrynogen

……………………………………

Pieczątka i podpis lekarza