

# **CLINICA SANTE**

## **CERERE DE ANALIZĂ**

### **Test de alergii FABER**

**Pacient:**

**CNP:**

**Locul și data nașterii:**

**Adresa de domiciliu:**

**Telefon:**

**E-mail:**

**Medic trimițător:**

**Declar că sunt de acord cu recoltarea probelor și efectuarea testului de alergii FABER.**

**Declar că am fost informat cu privire la procedura de recoltare.**

**Declar că am fost informat cu privire la perioada de timp în care voi primi rezultatele.**

**Declar că recipientele au fost etichetate în prezența mea cu numele și codul probei.**

**DATA:**

**SEMNĂTURA PACIENT**

**SEMNĂTURA ASISTENT**