

G Vizsgálatkérő lap mikológiai vizsgálathoz

Beküldő neve, címe, telefon, fax:	Címzett laboratórium:
Beküldő kód:	B.-A.-Z. MKH Népegészségügyi Főosztály
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Járványügyi és Klinikai Mikrobiológiai Laboratóriumok
Vizsgálatot kérő orvos kódja (pecsétszám):	3530 Miskolc, Meggyesalja u. 12. Tel.: (46) 354-611
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fax: (46) 502 207 Postacím: 3501 Miskolc, Pf.:186.
	Beérkezett: Iktatószám:

Beteg neve (szül. név is):

TAJ száma: **Születési ideje:**

Anyja neve: **Állampolgársága:** magyar egyéb:

Lakcíme:

Ellátás tényét igazoló adat (naplósám/törzssám):

Térítési kat.: Alapellátás, Járóbeteg szakell. (01) Fekvőbeteg (06)
 Nem biztosított beteg és/vagy OEP által nem térített vizsgálat (04) pl.:
térítés módja: csekk átutalás
A befizetett csekk másolatát / vagy a számlafizető adatait kérjük megadni, mert e nélkül a vizsgálatot nem végezzük el!
 Egyéb tér. kat.: (Útmutató a járóbeteg-szakellátás és a gondozók teljesítmény-elszámolásának ügyviteléhez alapján kell a térítési kategóriát feltüntetni)

Vizsgálati anyag:

Klinikai dg.: BNO:

Jelen betegség kezdete: Mintavétel ideje: óra:

Alkalmazott antibiotikum:

Első v. ismételt vizsg., előző vizsg. eredményei:

Az orvos egyéb közlése, külföldi tartózkodás:

Kért vizsgálat:Tenyésztés: gomba kimutatás gomba meghatározás érzékenység

Szerológia:

Antitest vizsgálat: Candida albicans Aspergillus sp.Antigén vizsgálat: Cryptococcus neoformans

Beutaló kelte

az orvos aláírása, pecsétje