

V3 Vizsgálatkérő lap LUESZ szerológiai és/vagy terhesek HBsAg vizsgálatához

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni, kódokat beírni, ill. a kívánt kockákat jelölni!

Beküldő neve, címe, telefon, fax:	Címzett laboratórium: B.-A.-Z. Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály Járványügyi és Klinikai Mikrobiológiai Laboratóriumok 3530 Miskolc, Meggyesalja u. 12. Tel.: (46) 354-611 Fax: (46) 502 207 Postacím: 3501 Miskolc, Pf.: 186
Beküldő kód: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Védőnői Szolgálat kódja (csak terhes HBsAg vizsgálat esetén): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Beérkezett: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Iktatószám: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vizsgálatot kérő orvos kódja (pecsétszám): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Beteg neve: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Taj száma: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Születési ideje: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Születési neve: Anyja neve:	
Állampolgársága: <input type="checkbox"/> magyar <input type="checkbox"/> egyéb: Ellátás tényét igazoló adat (naplósám): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lakcíme: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Luesz vizsgálat térítési kategóriája: <input type="checkbox"/> Alapellátás, Járóbeteg szakell. (01) <input type="checkbox"/> Fekvőbeteg (06) <input type="checkbox"/> Munkaalkalmassági vagy egyéb térítésköteles vizsgálat térítés módja: <input type="checkbox"/> csekk <input type="checkbox"/> átutalás <i>A befizetett csekk másolatát / vagy a számlafizető adatait kérjük megadni a lap hátoldalára, mert e nélkül a vizsgálatot nem végezzük el!</i> <input type="checkbox"/> Egyéb térítési kategória:	
<i>(Útmutató a járóbeteg-szakellátás és a gondozók teljesítmény-elszámolásának ügyviteléhez alapján kell a térítési kategóriát feltüntetni)</i> <input type="checkbox"/> Terhesek HBsAg szűrővizsgálata (18/1998. (VI. 3.) NM rendelet értelmében hatósági vizsgálat)	

Vizsgálati anyag: natív vér szérum (Lehetőség szerint natív vérmintát kérünk!) **Gravida terhességi ideje:** hét

első vizsgálat ismételt vizsgálat / Előző vizsgálat iktatószáma és eredménye:

Mintavétel ideje: (év hónap nap) óra perc

Orvos egyéb közlése (dg., tünetek, betegség kezdete)

beutaló kelte: **orvos aláírása és pecsétje:**

V3 Vizsgálatkérő lap LUESZ szerológiai és/vagy terhesek HBsAg vizsgálatához

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni, kódokat beírni, ill. a kívánt kockákat jelölni! Beérkezett: Iktatószám:

Beküldő neve, címe, telefon, fax:	Címzett laboratórium: B.-A.-Z. Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály Járványügyi és Klinikai Mikrobiológiai Laboratóriumok 3530 Miskolc, Meggyesalja u. 12. Tel.: (46) 354-611 Fax: (46) 502 207 Postacím: 3501 Miskolc, Pf.: 186
Beküldő kód: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Védőnői Szolgálat kódja (csak terhes HBsAg vizsgálat esetén): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Beérkezett: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Iktatószám: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vizsgálatot kérő orvos kódja (pecsétszám): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Beteg neve: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Taj száma: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Születési ideje: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Születési neve: Anyja neve:	
Állampolgársága: <input type="checkbox"/> magyar <input type="checkbox"/> egyéb: Ellátás tényét igazoló adat (naplósám): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lakcíme: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Luesz vizsgálat térítési kategóriája: <input type="checkbox"/> Alapellátás, Járóbeteg szakell. (01) <input type="checkbox"/> Fekvőbeteg (06) <input type="checkbox"/> Munkaalkalmassági vagy egyéb térítésköteles vizsgálat térítés módja: <input type="checkbox"/> csekk <input type="checkbox"/> átutalás <i>A befizetett csekk másolatát / vagy a számlafizető adatait kérjük megadni a lap hátuljára, mert e nélkül a vizsgálatot nem végezzük el!</i> <input type="checkbox"/> Egyéb térítési kategória:	
<i>(Útmutató a járóbeteg-szakellátás és a gondozók teljesítmény-elszámolásának ügyviteléhez alapján kell a térítési kategóriát feltüntetni)</i> <input type="checkbox"/> Terhesek HBsAg szűrővizsgálata (18/1998. (VI. 3.) NM rendelet értelmében hatósági vizsgálat)	

Vizsgálati anyag: natív vér szérum (Lehetőség szerint natív vérmintát kérünk!) **Gravida terhességi ideje:** hét

első vizsgálat ismételt vizsgálat / Előző vizsgálat iktatószáma és eredménye:

Mintavétel ideje: (év hónap nap) óra perc

Orvos egyéb közlése (dg., tünetek, betegség kezdete)

beutaló kelte: **orvos aláírása és pecsétje:**