

Megjegyzés:

A vizsgálatra legalább 5 ml natív vért kell biztonságosan zárható műanyag csőben beküldeni a vizsgálatkérő lapon feltüntetett azonosító adatok feltüntetésével.

Ha a lapon és a csővön szereplő adatok nem egyeznek, akkor a vizsgálatot nem áll módunkban elvégezni.

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

Név nélküli (anonim) vizsgálatnál

Azonosítási száma: /

Az azonosítási szám a vérvételt végző egészségügyi szolgáltató működési engedélyének számából / a vérvétel dátumból / a vérvétel naptári nap szerinti sorszámából képzett azonosító számsor.

Azonosítási jel:

Név/szül. név:

Anyja neve: Születési idő:

TAJ szám: Ellátás tényét igazoló adat (naplószám):

A vérvétel dátuma: év hó nap óra perc

Térítési kategória: Alapellátás, Járóbeteg szakell. (01) Fekvőbeteg (06)

Nem biztosított beteg és/vagy OEP által nem térített vizsgálat (04) pl.:

Munkaalkalmassági vagy egyéb térítésköteles vizsgálat **térítés módja:** csekk átutalás

A befizetett csekk másolatát / vagy a számlafizető adatait kérjük megadni a lap hátoldalán, mert e nélkül a vizsgálatot nem végezzük el!

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

A kezdeményezés módja: kötelező önkéntes

első vizsgálat ismételt vizsgálat/ előző vérminta iktató száma és eredménye:

<p>Kötelező</p> <p><input type="checkbox"/> Munkaalkalmasság céljából (foglalkozás-egészségügyi orvos által elrendelt)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Invazív beavatkozást végző nem eü. dolgozó részére</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Invazív beavatkozást végző eü. dolgozó részére</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Egészségügyi dolgozó részére</p> <p><input type="checkbox"/> HIV-expozíció / sérülés miatt</p> <p><input type="checkbox"/> Fertőzési expozícióval járó bűncselekményhez társuló esetben az Eü.tv 59§ (4) bekezdésének e)-f) pontja alapján</p> <p><input type="checkbox"/> Anyatejet adományozó nő részére</p> <p><input type="checkbox"/> Egyéb:</p>	<p>Önkéntes – térítésmentes</p> <p><input type="checkbox"/> Anonim</p> <p><input type="checkbox"/> HIV –fertőzött személy szexuális partnere</p> <p><input type="checkbox"/> Nemi beteg vagy nemi beteg szexuális partnere</p> <p><input type="checkbox"/> HIV-fertőzött anya újszülöttje</p> <p><input type="checkbox"/> BV intézetben/rendőrségi fogdában/javítóintézetben tartózkodó, akire az Eü.tv 59§ (4) bekezdésének e)-f) pontja nem vonatkozik</p> <p><input type="checkbox"/> IV kábítószer használó</p> <p><input type="checkbox"/> Menekült táborban élő</p> <p><input type="checkbox"/> Egyéb:</p> <p>Önkéntes – térítés köteles</p> <p><input type="checkbox"/> Prostitúált részére(1999. évi LXXV. tv 4§ e) pontja alapján)</p> <p><input type="checkbox"/> Családtervezést megelőző vizsgálat</p> <p><input type="checkbox"/> Külföldi országba történő beutazáshoz</p> <p><input type="checkbox"/> Egyéb:</p>
--	---

* B.-A.-Z. MKH Laboratóriumi és Sugáregészségügyi Decentruma a szövet-, szerv-, összejt donor részére és a mesterséges megtermékenyítés (donor és recipiens) előtti HIV vizsgálatokat nem végezheti.

Az orvos egyéb közlése:

.....
beutaló kelte

.....
orvos aláírása, pecsétje