

VESZPRÉM MEGYEI KORMÁNYHIVATAL
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FŐOSZTÁLY
LABORATÓRIUMI DECENTRUM

8200 Veszprém, József A. u. 36. 8201 Veszprém, Pf. 207.
Tel.: (36-88) 424-866 Telefax: (36-88) 425-484 e-mail: kemilab@kdr.antsz.hu

VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Vizsgálatot kérő foglalkozás-egészségügyi szolgálat, vagy foglalkozás-egészségügyi orvos
neve : _____

címe: _____

a rendelés érvényes fogl.-eü. kódja: _____

Dolgozó neve: _____

születési dátuma: _____

munkaköre, munkahely: _____

ACHE, PCHE személyi alapértéke (növényvédőszer expozícióban): _____

Dolgozót érő ártalom (expozíció): _____

Dolgozó tevékenysége a mintavételezés napján: _____

Vizsgálendő biológiai anyag: _____

Mintavételi dátum, körülmények (nap, óra, műszak előtt, műszak után) :

Meghatározandó anyag (metabolit) megnevezése : _____

A vizsgálati anyag beküldésének lebonyolításáért felelős foglalkozás-egészségügyi szakdolgozó
neve:

Dátum: _____ , _____ év _____ hó _____ nap.

P.H.

.....
orvos sk. aláírása