



Veszprém Megyei  
Kormányhivatal

# MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

## TERHESEK HEPATITISZ / LUESZ SZŰRŐVIZSGÁLATÁHOZ

VEMKH Népegészségügyi Főosztály  
Mikrobiológiai Laboratóriumi Osztály

V-Sz

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

Beküldő intézmény neve, címe:								Telefonszáma:			
								Vizsgálatot kérő orvos neve:			
Beküldő kód:								Pecsétszáma:			
Naplósorszám/ Törzsszám:								Aláírása, pecsétje:			
								ORVOSI PH			

Beteg neve:								Állampolgársága:			
Foglalkozása:								TAJ száma: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □			
Születési ideje: □ □ □ □ év □ □ hó □ □ nap								Anyja neve:			
Lakcím: □ □ □ □											

Térítési kategória: <input type="checkbox"/> járványügyi vizsgálat OEP finanszírozott diagnosztikus vizsgálatok:								Betegség kezdete: □ □ □ □ - □ □ - □ □			
<input type="checkbox"/> járóbeteg szakellátás <input type="checkbox"/> alapellátás								Beutaló kelte: □ □ □ □ - □ □ - □ □			
<input type="checkbox"/> államközi szerződés								Mintavétel ideje: □ □ - □ □ □ □ : □ □			
<input type="checkbox"/> menedékes <input type="checkbox"/> menekült								Minta beérkezés ideje: □ □ - □ □ □ □ : □ □			
Térítési vizsgálatok:											
<input type="checkbox"/> fekvőbeteg szakellátás <input type="checkbox"/> Munkaalkalmassági								<i>A laboratórium tölti ki!</i>			
<input type="checkbox"/> Szűrővizsgálat <input type="checkbox"/> Nem biztosított <input type="checkbox"/> egyéb											

Kért vizsgálat:								<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> Luesz szerológia (TPPA)			
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Terhességi idő hetekben: □ □				Vérvétel időpontja: □ □ □ □ - □ □ - □ □			
------------------------------	--	--	--	---	--	--	--

Megjegyzés:											

Dátum:											

A laboratórium **nem dolgozza fel a vizsgálati mintát**, ha a kísérőlap hiányosan/olvashatatlanul kitöltött, ha a mintán és a kéréslapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek, ha a vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan, vagy ha a vétele/szállítása nem megfelelő módon történt.

A laboratórium csak a kéréslapon felsorolt vizsgálatokat végzi. A felsorolásban nem szereplő vizsgálat kérése esetén konzultáljon a laboratóriummal.

A laboratórium a vizsgálati eredményt **kizárólag a beküldő** egészségügyi szolgáltató címére postázza.