

### terhesek hepatitisz/luesz szűrővizsgálatához

Beküldő neve, címe, telefon, fax:

Beküldő kód:

Vizsgálatkérő orvos kódja (pecsétszám):

Törzs/naplósám:

Címzett laboratórium:  
Országos Epidemiológiai Központ  
Virologiai Főosztály  
1097 BUDAPEST, Albert Flórián út 2-6.  
vagy 1437 Budapest, Pf.: 777

Tel: 476-1359 (HBsAg), 476-1356 (T pallidum)  
Fax: 476-1368

*IDE NE ÍRJON!  
VIZSGÁLÓ  
LABORATÓRIUM  
VONALKÓDJÁNAK HELYE*

Név: .....

Születési név: .....

Lakóhelye:     .....

TAJ száma:

Születési ideje:

Terhességi idő hetekben:   Szülés megindult:

Vérvétel időpontja:

Lezajlott szülés ideje:        óra   perc

Kért vizsgálat:

HBsAg  T. pallidum antitest

Dátum: ..... Az orvos aláírása és pecsétje

Megjegyzés:  
A laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérőlap olvashatatlan, illetve ha a mintán és a kísérőlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek.