

Név:		Beküldő labor: <input type="checkbox"/>		LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON	
Születési név:		Beküldő neve:			
TAJ: <input type="text"/>		Beküldő címe:			
Születési dátum: Nem: <input type="checkbox"/> ffi: <input type="checkbox"/> nő: <input type="checkbox"/>		Orvos neve:		Orvosi körpecsét és aláírás	
Terhességi hét:		Térítés módja: <input type="checkbox"/> OEP járó <input type="checkbox"/> Privát <input type="checkbox"/> E (EU bizt.) <input type="checkbox"/> Egyéb <input type="checkbox"/>			
Páciens telefon:		Napló sorszám: <input type="text"/>			
Lakcím (helység):		Számlázási név, cím:			
Lakcím (utca,hsz.):		Továbbító kód:		Pecset szám: <input type="text"/>	
		Mintavétel dátuma: Beutaló kelte: <input type="text"/>			
Iránydiag./BNO		Terápia:			
Vizsgálat célja:					
Első vizsgálat: <input type="checkbox"/> Ismételt vizsgálat: <input type="checkbox"/>		Előző vizsgálat eredménye:			
Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete:					
Beküldő orvos egyéb közlése:					

VÍRUSOK	
Cytomegalovírus /CMV/ antitestek (IgM poz. esetben IgG aviditás is)	2 N
Epstein-Barr vírus /EBV/ antitestek (IgM, EBNA IgG, VCA IgG)	N
Herpes simplex vírus antitestek (HSV1 és HSV2)	2 N
Hepatitis A vírus /HAV/ antitestek	N
HBsAg	1 N
Anti-HBs antitest	N
Anti-HBc antitest	N
Hepatitis C vírus /HCV/ antitestek	N
Parvovírus B19 antitestek	2 N
Rubeola vírus antitestek	2 N
Varicella zoster vírus /VZV/ antitestek (IgM pozitív esetben IgA is)	2 N

BAKTÉRIUMOK	
Borrelia antitestek	N
Helicobacter pylori antitest	N
Treponema pallidum /Lues/ RPR és spec. IgG, IgM antitestek	1 N

PARAZITÁK	
Toxoplasma gondii antitestek (IgM poz. esetben IgA, IgG aviditás is)	2 N

EGYÉB OEP FINANSZÍROZOTT VIZSGÁLTATOK	

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI INFORMÁCIÓK	
1	Terhesgondozás keretében- szűrővizsgálatként - a járványügyi feladatok elvégzésére kijelölt laboratórium végzi közfinanszírozott formában.
2	Terhesgondozás keretében - szűrő jelleggel - háziorvosi igény esetén: OEP finanszírozottan nem áll módunkban elvégezni!
N	Natív cső (piros vagy sárga dugós, géles): 1 cső natív vér szükséges (egy csőből több vizsgálat is elvégezhető)
♥	Kérjük, tüntesse fel a területi ellátási kötelezettség szempontjából illetékes Synlab telephelyet. Laboratóriumaink OEP finanszírozott formában a területi ellátási kötelezettségbe tartozó páciensek mintáit fogadják.
A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!	
Hiányosan, hibásan, olvashatatlanul kitöltött kérések esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban elvégezni.	
Az OEP felé kötelezően jelentendő adatok hiányában vagy hibás kitöltése esetén a laboratórium jogosult a vizsgálati díj számlázására a beküldő felé.	
A mintavétel dátumát , a vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO) és a bejelölt (igényelt) vizsgálatok számát minden esetben kérjük feltüntetni!	
A KÉRŐLAP ORVOSI KÖRPECSÉT ÉS ALÁÍRÁS NÉLKÜL ÉRVÉNYTELEN!	

Kérőlapon bejelölt vizsgálatok száma	
Kérőlapon kézzel írt vizsgálatok száma	