

DEBRECENI EGYETEM, ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM
LABORATÓRIUMI MEDICINA INTÉZET • www.kbmpi.hu

Vizsgálatot kérő intézmény kódja: Naplósorszám/törzsszám:

Háziorvosi Praxis neve, címe:

TB AZONOSÍTÓ JEL:

NEM: férfi nő SZÜLETÉSI DÁTUM: év hó nap

VEZETÉKNÉV: UTÓNÉV:

LAKCÍM:

DIAGNÓZIS: BNO KÓD:

Térítési kategória: *Feltétlenül kitöltendő, ld. a hátoldalon!* Finanszírozó: *Feltétlenül kitöltendő!*

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS: telefonszám:

PH.

DÁTUM: év hó nap

orvosi pecsétszám:

MEGJEGYZÉS:

HÁZIORVOSI KÉRŐLAP • Telefon: (52) 411-717 / 54664

MINTAVÉTEL DÁTUMA, IDŐPONTJA: év hó nap óra perc

VIZSGÁLATI MINTA: natív vér vizelet, gyűjtött (térfogat mL, gyűjtés időtartama óra)
 EDTA-s vér Citrátos vér vizelet, nem gyűjtött

TERÁPIA:

- HbA1c
- Glükóz**
- Orális Glükóz terhelés
- Nátrium
- Klorid
- Kálium
- Kalcium
- Magnézium
- Vas
- Húgysav
- Urea

- Kreatinin
- Össz-bilirubin
- Konj-bilirubin
- GOT
- GPT
- Amiláz
- Alkalikus foszfatáz
- CK
- Mg
- Gamma-GT
- LDH

- Koleszterin
- HDL-Koleszterin
- Triglicerid
- Összfehérje
- Anti Streptolysin titer
- CRP
-
-
-
-
-

TSH FT3* FT4*

Vérvkép Vérvkép + retikulocytá

Protrombin idő (PI) APTI Trombin idő (TI)

Vizelet általános Vizelet üledék

* Csak akkor ha a TSH értéke 0,5-2,5 mU/L tartományon kívül esik.

** Ha teljes vér jön, NaF-s csőben szállítható.

Minden mintához külön kérés szükséges.

**DEBRECENI EGYETEM, ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM
LABORATÓRIUMI MEDICINA INTÉZET**

ÚTMUTATÓ A LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP KITÖLTÉSÉHEZ

A KÉRŐLAPOT KÉRJÜK NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!

VIZSGÁLATOT KÉRŐ INTÉZMÉNY KÓDJA

Az intézmény és/vagy szakrendelés kilenc jegyű ÁNTSZ kódja. A DEOEC klinikái esetében nem kell kitölteni!

DIAGNÓZIS

Feltétlenül kitöltendő!

TÉRÍTÉSI KATEGÓRIA

Feltétlenül kitöltendő!

A négyzetbe az alábbiak közül a megfelelő szám vagy betűjel írandó be.

1. Magyar egészségbiztosítás alapján (járóbeteg szak- és alapellátás)
 2. Magyar biztosítással nem rendelkező menekült
 3. Államközi szerződés alapján
 4. Egyéb nem magyar biztosítás alapján
 5. Magyar biztosítással nem rendelkező menedékes
 6. Fekvőbeteg részére végzett ellátás
 9. Külföldi Magyarok Központja költségvetéséből támogatva
- A. Befogadott külföldi állampolgár
B. Menekült, menedékes státuszt kérelmező

FINANSZÍROZÓ

Feltétlenül kitöltendő!

A négyzetbe az alábbiak közül a megfelelő szám vagy betűjel írandó be.

0. Társadalombiztosító
 1. „Segítő jobb” Humanitárius Alapítvány
 2. Pénzügyi Központ
 3. Kószikla Alapítvány
 4. Beteg általi befizetés csekken
 5. Providencia Biztosító
 6. Gyógyszerkísérlet
 7. Egyéb
 8. Belső finanszírozás
 9. Külső fekvőbeteg ellátó egészségügyi intézmény
 10. Külső nem egészségügyi intézmény
 11. ÁNTSZ
- NN. Nationale-Nederlanden

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS

A vizsgálatot kérő orvos neve ill. pecsétje.

TELEFONSZÁM

Amelyen szükség esetén konzultáció vagy sürgős eredményközlés céljából elérhető a vizsgálatot kérő orvos.

MEGJEGYZÉS

A vizsgálatkéréssel vagy mintákkal kapcsolatos megjegyzések.

VIZSGÁLATOK KÉRÉSE

A megfelelő négyzetbe X jelöléssel történik.

TERÁPIA

Amennyiben a laboratóriumi mérés eredményét befolyásoló terápia történik, azt kérjük megnevezni.