



Laboratóriumi
VIZSGÁLTKÉRŐ LAP

Név: _____

Leánykori név: _____

Anyja neve: _____

Lakcím: _____

Születési idő (év, hónap, nap): _____

TAJ szám: _____

Beküldő kód: _____

BNO kód: _____

Bélyegző szám: _____

Naplószám: _____

Igényelt vizsgálatok: /jelölése: X/ Mintavétel időpontja: _____

<input type="checkbox"/> T. vérkép	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> Na-K-Cl
<input type="checkbox"/> Minőségi vérkép	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> VDRL/PRP
<input type="checkbox"/> Süllyedés	<input type="checkbox"/> Alk. foszfát	<input type="checkbox"/> AST
<input type="checkbox"/> Reticulocita	<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> Mononucl inf. gyorsteszt
<input type="checkbox"/> Protrombin-INR	<input type="checkbox"/> Tejsav dehidr. (LDH)	<input type="checkbox"/> C reakt. prot. (CRP) megh.
<input type="checkbox"/> Vas	<input type="checkbox"/> Kreatin-kináz (CK)	<input type="checkbox"/> T. vizelet
<input type="checkbox"/> Telj. vask. kap. (TVK)	<input type="checkbox"/> Amiláz	<input type="checkbox"/> Vizelet amiláz
<input type="checkbox"/> Transzferrin	<input type="checkbox"/> Koleszterin	<input type="checkbox"/> Mikroalbumin
<input type="checkbox"/> Ferritin	<input type="checkbox"/> Triglicerid	<input type="checkbox"/> Vizelet CA-P (gyűjtött v. reggeli)
<input type="checkbox"/> Prostata spec. ag. (PSA)	<input type="checkbox"/> HDL koleszterin	<input type="checkbox"/> Vizelet húgysav (gyűjtött)
<input type="checkbox"/> Szabad PSA (fPSA)	<input type="checkbox"/> Húgysav	<input type="checkbox"/> Vizelet kreatinin
<input type="checkbox"/> Hemoglobin A1c	<input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> Viz. cukor-aceton (gyűjtött)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Karbamid	<input type="checkbox"/> Széklet vér kimutatása
<input type="checkbox"/> Vércukor	<input type="checkbox"/> Összfehérje	<input type="checkbox"/> Terhességi próba vizeletből
<input type="checkbox"/> Bilirubin össz.	<input type="checkbox"/> Albumin	<input type="checkbox"/> Egyéb
	<input type="checkbox"/> Ca-P	

201..... PH.

Érvényes: 2016.02.01.-től visszavonásig



Laboratóriumi
VIZSGÁLTKÉRŐ LAP

Név: _____

Leánykori név: _____

Anyja neve: _____

Lakcím: _____

Születési idő (év, hónap, nap): _____

TAJ szám: _____

Beküldő kód: _____

BNO kód: _____

Bélyegző szám: _____

Naplószám: _____

Igényelt vizsgálatok: /jelölése: X/ Mintavétel időpontja: _____

<input type="checkbox"/> T. vérkép	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> Na-K-Cl
<input type="checkbox"/> Minőségi vérkép	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> VDRL/PRP
<input type="checkbox"/> Süllyedés	<input type="checkbox"/> Alk. foszfát	<input type="checkbox"/> AST
<input type="checkbox"/> Reticulocita	<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> Mononucl inf. gyorsteszt
<input type="checkbox"/> Protrombin-INR	<input type="checkbox"/> Tejsav dehidr. (LDH)	<input type="checkbox"/> C reakt. prot. (CRP) megh.
<input type="checkbox"/> Vas	<input type="checkbox"/> Kreatin-kináz (CK)	<input type="checkbox"/> T. vizelet
<input type="checkbox"/> Telj. vask. kap. (TVK)	<input type="checkbox"/> Amiláz	<input type="checkbox"/> Vizelet amiláz
<input type="checkbox"/> Transzferrin	<input type="checkbox"/> Koleszterin	<input type="checkbox"/> Mikroalbumin
<input type="checkbox"/> Ferritin	<input type="checkbox"/> Triglicerid	<input type="checkbox"/> Vizelet CA-P (gyűjtött v. reggeli)
<input type="checkbox"/> Prostata spec. ag. (PSA)	<input type="checkbox"/> HDL koleszterin	<input type="checkbox"/> Vizelet húgysav (gyűjtött)
<input type="checkbox"/> Szabad PSA (fPSA)	<input type="checkbox"/> Húgysav	<input type="checkbox"/> Vizelet kreatinin
<input type="checkbox"/> Hemoglobin A1c	<input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> Viz. cukor-aceton (gyűjtött)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Karbamid	<input type="checkbox"/> Széklet vér kimutatása
<input type="checkbox"/> Vércukor	<input type="checkbox"/> Összfehérje	<input type="checkbox"/> Terhességi próba vizeletből
<input type="checkbox"/> Bilirubin össz.	<input type="checkbox"/> Albumin	<input type="checkbox"/> Egyéb
	<input type="checkbox"/> Ca-P	

201..... PH.

Érvényes: 2016.02.01.-től visszavonásig