

terhesek hepatitisz/luesz szűrővizsgálatához

Beküldő neve, címe telefon, fax:

Beküldő Intézeti kód:

Vizsgáltkérő orvos kódja (pecsétszám):

Törzsnalószám:

Címzett laboratórium:
Országos Epidemiológiai Központ
Virologiai Főosztály
1096 BUDAPEST, Gyáli út 2-6.
vagy
1966 Budapest, Pf. 64.
Telefon: 476-1359; FAX: 476-1368

IDE NÉ ÍRJON, VIZSGÁLÓ LABOR VONALKÓDJÁNAK HELYE!

NÉV:.....

Lakcím:

TAJ szám: - - Születési ideje:

Terhességi idő hetekben:

Vérvétel időpontja:

Kért vizsgálat:

HBsAg

T. pallidum Ab

Dátum:

Az orvos aláírása és pecsétje

Megjegyzés:

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