



Laboratóriumi  
**VIZSGÁLTÁTKÉRŐ LAP**  
Ráckeve

**Trimeszter: I.**

Várandósgondozás miatt

Név: \_\_\_\_\_

Leánykori név: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Születési idő (év, hónap, nap): \_\_\_\_\_

TAJ szám: \_\_\_\_\_

Beküldő kód: \_\_\_\_\_

BNO kód: \_\_\_\_\_

Bélyegző szám: \_\_\_\_\_

Naplószám: \_\_\_\_\_

Terhesség ideje: ..... hét

**Igényelt vizsgálatok: /jelölése: X/ Mintavétel időpontja:** \_\_\_\_\_

- |                          |                         |              |
|--------------------------|-------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | T. vérkép               |              |
| <input type="checkbox"/> | T. vizelet              |              |
| <input type="checkbox"/> | Se Kreatinin            |              |
| <input type="checkbox"/> | Karbamid                | Egyéb: ..... |
| <input type="checkbox"/> | e GFR                   | .....        |
| <input type="checkbox"/> | Se Bilirubin            |              |
| <input type="checkbox"/> | SGOT                    |              |
| <input type="checkbox"/> | SGPT                    |              |
| <input type="checkbox"/> | Vércukor                |              |
| <input type="checkbox"/> | VDRL (Szifilisz szűrés) |              |

2016. .... PH. ....  
Orvos aláírása



Laboratóriumi  
**VIZSGÁLTÁTKÉRŐ LAP**  
Ráckeve

**Trimeszter: I.**

Várandósgondozás miatt

Név: \_\_\_\_\_

Leánykori név: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Születési idő (év, hónap, nap): \_\_\_\_\_

TAJ szám: \_\_\_\_\_

Beküldő kód: \_\_\_\_\_

BNO kód: \_\_\_\_\_

Bélyegző szám: \_\_\_\_\_

Naplószám: \_\_\_\_\_

Terhesség ideje: ..... hét

**Igényelt vizsgálatok: /jelölése: X/ Mintavétel időpontja:** \_\_\_\_\_

- |                          |                         |              |
|--------------------------|-------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | T. vérkép               |              |
| <input type="checkbox"/> | T. vizelet              |              |
| <input type="checkbox"/> | Se Kreatinin            |              |
| <input type="checkbox"/> | Karbamid                | Egyéb: ..... |
| <input type="checkbox"/> | e GFR                   | .....        |
| <input type="checkbox"/> | Se Bilirubin            |              |
| <input type="checkbox"/> | SGOT                    |              |
| <input type="checkbox"/> | SGPT                    |              |
| <input type="checkbox"/> | Vércukor                |              |
| <input type="checkbox"/> | VDRL (Szifilisz szűrés) |              |

2016. .... PH. ....  
Orvos aláírása