

Beteg neve: .....

TAJ száma:

Beteg neve:  férfi  nő

Születési ideje:    év   hó   nap

Lakcíme:  .....

Betegforgalmi napló sorszáma / beteg törzsszáma:

Iránydiagnózis / BNO kód: .....

Címzett laboratórium: .....

Beérkezés dátuma: .....

Minta sorszáma: .....

*A laboratórium tölti ki!*

Beküldő intézmény neve és címe (telefonszáma, pecsétje): .....

Beküldő kód: .....

Vizsgálatkérő orvos neve, pecsét száma:

Beutaló kelte:    év   hó   nap

Mintavétel dátuma:    év   hó   nap

Számlázási név és cím: .....

.....

.....

.....

*Költségtérítéssel vizsgálatok esetén kell csak kitölteni!  
A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot szíveskedjen a kérőlaphoz csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni!*

**Térítés módja**

OEP finanszírozott diagnosztikus vizsgálatok:

Járóbeteg szakellátás  Alapellátás  Menedékes

Térítéses vizsgálatok:

Fekvőbeteg ellátás  Helyben fizető  Egyéb:

Munkaalkalmassági  Előre fizetett

Szűrővizsgálat  Szerződéses

**VIZSGÁLATI ANYAG:**

Natív vér

Egyéb: .....

**VIZSGÁLATKÉRÉSEK (Kérjük a kért vizsgálatot X-szel jelölni!)**

VÍRUSOK:	
<input type="checkbox"/>	HIV-1,2 antitestek, HIV-1 antigén
<input type="checkbox"/>	Cytomegalovírus /CMV/ (IgG, IgM), IgM pozitív esetben IgG aviditás
<input type="checkbox"/>	Epstein-Barr vírus /EBV/ (VCA IgG, IgM, EBNA-IgG)
<input type="checkbox"/>	Herpes simplex vírusok /HSV 1 és HSV 2/ (IgG, IgM)
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A vírus /HAV/ (IgG, IgM)
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B vírus /HBV/
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HBsAg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> anti-HBs
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> anti-HBc, pozitív esetben anti-HBc IgM
<input type="checkbox"/>	Hepatitis C vírus /HCV/ (IgG)
<input type="checkbox"/>	Hepatitis E vírus (IgG, IgM)
<input type="checkbox"/>	Mumps vírus (IgG, IgM)
<input type="checkbox"/>	Parvovírus B19 (IgG, IgM)
<input type="checkbox"/>	Rubeola vírus (IgG, IgM)
<input type="checkbox"/>	Varicella zoster vírus /VZV/ (IgG, IgM)

BAKTÉRIUMOK:	
<input type="checkbox"/>	Bartonella (IgG, IgM)
<input type="checkbox"/>	Borrelia (IgG, IgM), pozitív esetben megerősítés immunoblot módszerrel
<input type="checkbox"/>	Brucella antitest
<input type="checkbox"/>	Chlamydia (IgG, IgM, IgA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae (IgG, IgM, IgA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chlamydia psittaci (IgG, IgM, IgA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (IgG, IgM, IgA)
<input type="checkbox"/>	Francisella tularensis antitest
<input type="checkbox"/>	Helicobacter pylori (IgG)
<input type="checkbox"/>	Legionella antitestek (IgG, IgM)
<input type="checkbox"/>	Leptospira antitest
<input type="checkbox"/>	Treponema pallidum /Lues/: RPR és specifikus IgG, IgM
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma pneumoniae (IgG, IgM, IgA)
<input type="checkbox"/>	Mycoplasma pneumoniae IgM gyorsteszt
<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi, Paratyphi antitestek
<input type="checkbox"/>	Yersinia (IgG, IgM, IgA)

PARAZITÁK:	
<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii (IgG, IgM), IgM pozitív esetben IgA, IgG aviditás
<input type="checkbox"/>	Toxocara (IgG)
<input type="checkbox"/>	Echinococcus (IgG)

<input type="checkbox"/>	<b>Légúti panel (csak egyben kérhető):</b> Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Adenovírus, RS-vírus, Influenzavírus, Parainfluenzavírus
<input type="checkbox"/>	Egyéb:

Első vizsgálat  Ismételt vizsgálat Az előző vizsgálat eredménye: .....

Kórelőzmény: .....

Tünetek/terápia: ..... Gravida, hét: .....

Feltételezett diagnózis: ..... Jelenlegi betegség kezdete: .....

Alkalmazott kezelés (antibiotikum): .....

Orvos egyéb közlése: .....

Vizsgálatkérő orvos telefonszáma: ..... email címe: ..... aláírása: .....



**Megjegyzés:** a laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérőlap hiányosan/olvashatatlanul lett kitöltve, ha a mintán és a kérőlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek, ha a vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan, vagy ha a vétele/szállítása nem megfelelő módon történt. A sötétebb háttérrel jelzett adatok megfelelő kitöltése elengedhetetlen az OEP felé jelentéshez. Ha ezek hiányosak vagy hibásak, a laboratórium jogosult a vizsgálati díj számlázására a beküldő felé. A beutaló intézmények számára az elektronikus leletküldés igényelhető az [info@laboratoriumkft.hu](mailto:info@laboratoriumkft.hu) címen, az igénylőlap letölthető a [www.laboratoriumkft.hu](http://www.laboratoriumkft.hu) honlapról.

**MIKROBIOLÓGIAI LABORATÓRIUMAINK**

5600 Békéscsaba, Gyulai út 18.  
1044 Budapest, Megyeri út 53.  
4025 Debrecen, Miklós u. 5-13.  
9024 Győr, Jósika u. 11.

7400 Kaposvár, Fodor J. tér 1.  
6000 Kecskemét, Balaton u. 19.  
8000 Székesfehérvár, Mátyás kir. krt. 13.  
9700 Szombathely, Sugár u. 9.

**ELÉRHETŐSÉGEINK**

Központi ügyfélszolgálat: (+36 1) 5-888-500  
[www.synlab.hu](http://www.synlab.hu)  
[ugyfelszolgalat@synlab.com](mailto:ugyfelszolgalat@synlab.com)

