

Beteg neve: .....

TAJ száma: .....

Beteg neve:            férfi            nő

Születési ideje:            év            hó            nap

Lakcíme: .....

.....

Betegforgalmi napló sorszáma / beteg törzsszáma:

Iránydiagnózis / BNO kód: .....

**Térítés módja**

OEP finanszírozott diagnosztikus vizsgálatok:

Járóbeteg szakellátás            Alapellátás            Menedékes

Térítési vizsgálatok:

Fekvőbeteg ellátás            Helyben fizető            Egyéb:

Munkaalkalmassági            Előre fizetett

Szűrővizsgálat            Szerződéses fizető

**KLINIKAI BAKTERIOLÓGIAI, MIKOLÓGIAI DIAGNOSZTIKA**

**Vizsgálati anyag:**

|                  |                  |                       |
|------------------|------------------|-----------------------|
| bőrkaparék       | hüvelyváladék    | punktátum             |
| bronchus váladék | húgycsőváladék   | sebváladék, felületen |
| cervixváladék    | köpet            | sebváladék, mély      |
| drain            | középfül-váladék | szövetminta           |
| ejakulátum       | külsőfül-váladék | torokváladék          |
| genny            | liquor           | trachea               |
| hemokultúra      | orrváladék       | vizelet               |

Egyéb: ..... Mintavétel helye (testtájék): .....

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

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Mikroszkópos vizsgálat                                   |
| <input type="checkbox"/> | Baktérium tenyésztés és rezisztencia vizsgálat           |
| <input type="checkbox"/> | MRSA vizsgálat   |
| <input type="checkbox"/> | B csoportú Streptococcus vizsgálata                      |
| <input type="checkbox"/> | Legionella pneumophila I antigén kimutatása vizeletből   |
| <input type="checkbox"/> | Mycoplasma hominis és Ureaplasma urealyticum tenyésztés* |
| <input type="checkbox"/> | Neisseria gonorrhoeae tenyésztés*                        |
| <input type="checkbox"/> | Trichomonas vaginalis tenyésztés*#                       |
| <input type="checkbox"/> | Gardnerella vaginalis tenyésztés#                        |
| <input type="checkbox"/> | Sarjadzó gomba tenyésztés                                |
| <input type="checkbox"/> | Dermatophyton tenyésztés                                 |
| <input type="checkbox"/> | Egyéb:   |

\*Speciális mintavevő eszköz szükséges

# Kenet küldése is javasolt

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 kérlapon 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 címen, az igénylőlap letölthető a www.laboratoriumkft.hu honlapról.

Címzett laboratórium: **Laboratórium Kft.**

Beérkezés dátuma: .....

Minta sorszáma: .....

*A laboratórium tölti ki!*

Beküldő intézmény neve és címe (telefonszáma, pecsétje):

Beküldő kód:

Vizsgálatkérő orvos neve, pecsétszáma:

.....

Beutaló kelte:            év            hó            nap

Mintavétel dátuma:            év            hó            nap

A vizsgálat eredményét erre az e-mailcímre kell megküldeni:

.....

(Kérjük csak akkor töltsék ki, ha a beküldőkódhoz igényelt e-mailcímre küldés nem elegendő)

Számlázási név és cím: .....

.....

.....

*Költségtérítési vizsgálatok esetén kell csak kitölteni!*

**A befizetést igazoló csekket, átutalási bizonylatot szíveskedjen a kérlaphoz csatolni! A vizsgálat eredményét csak az igazolás birtokában tudjuk kiadni!**

**ENTERÁLIS BETEGSÉGEK DIAGNOSZTIKÁJA**

Vizsgálati anyag:    széklet    perianális törlés    egyéb: .....

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

**Bakteriológiai vizsgálatok székletmintából**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Baktérium tenyésztés és rezisztencia vizsgálat                      |
| <input type="checkbox"/> | Clostridium difficile antigén, A+B toxin meghatározás és tenyésztés |
| <input type="checkbox"/> | Helicobacter pylori antigén kimutatás                               |

**Virológiai vizsgálatok székletmintából**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Rotavírus / Adenovírus antigén kimutatás |
| <input type="checkbox"/> | Calicivírus antigén kimutatás            |

**Parazitológiai vizsgálatok**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Féregpete és protozoon kimutatás mikroszkópos vizsgálattal     |
| <input type="checkbox"/> | Perianális törlés vizsgálata                                   |
| <input type="checkbox"/> | Giardia lamblia / Cryptosporidium antigén kimutatás székletből |
| <input type="checkbox"/> | Entamoeba histolytica antigén kimutatás székletből             |
| <input type="checkbox"/> | Féregrészt meghatározása                                       |
| <input type="checkbox"/> | Egyéb:   |