

# TÉRÍTÉSES LABORATÓRIUMI VIZSGÁLTATKÉRŐ

	DÉL-PESTI CENTRUMKÓRHÁZ- ORSZÁGOS HEMATOLÓGIAI ÉS INFEKTOLÓGIAI INTÉZET <b>KÖZPONTI KLINIKAI LABORATÓRIUM</b> SZENT LÁSZLÓ TELEPHELY  1097 Budapest, Albert Flórián út 5-7. Telefon: 06-1-455-8100 /8424	<i>Laborazonosító helye</i>
	Mintavétel ideje:	Laboratóriumba érkezés ideje:
P Á C I E N S	Neve:	TAJ:
	Születési neve:	Születési helye:
	Anyja neve:	Születési ideje: Neme: ffi <input type="radio"/> nő <input type="radio"/>
	Lakcíme:      irányítószám      helység      utca      házszám	
B E K Ü L D Ő	Napló/Törzsszám:	Térítési kategória: 4 fizetős
	Intézmény neve és címe:	Orvos neve:
		Pecsétszáma:
	Kód:	Telefonszáma:
Diagnózis:	BNO:	
Kért vizsgálat(ok):		

**A kötelezettség vállalást elismerem.**

.....  
Intézményi pecsét, aláírás

.....  
Orvosi pecsét, aláírás

Dátum:

-----  
**megjegyzés:** a laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérőlap hiányos/olvashatatlan módon lett kitöltve, ha a minta és a kérlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek, ha a vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan, ha az anyag vétele/szállítása nem megfelelő módon történt.