

Név:		Synlab labor: <input type="checkbox"/>		LABORATÓRIUMI AZONOSÍTÓ HELYE, IDE NE ÍRJON	
Születési név:		Beküldő (név, cím, pecsét)			
TAJ: <input type="text"/>		9 jegyű kód: <input type="text"/>			
Születési dátum: <input type="text"/>		Orvos neve: <input type="text"/>		Orvosi körpecsét és alíírás	
Nem: <input type="checkbox"/> ffi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/>		Orvos telefon: <input type="text"/>			
Terhességi hét: <input type="text"/>		Térítés módja: <input type="checkbox"/> OEP járó <input type="checkbox"/> Privát <input type="checkbox"/> E (EU bizt.) <input type="checkbox"/> Egyéb <input type="checkbox"/>			
Páciens telefon: <input type="text"/>		Napló sorszám: <input type="text"/>			
Lakcím (irsz., helység): <input type="text"/>		Számlázási név, cím: <input type="text"/>			
Lakcím (utca,hsz.): <input type="text"/>		Továbbító kód: <input type="text"/>			
Iránydiag./BNO: <input type="text"/>		Mintavétel dátuma: <input type="text"/>		Beutaló kelte: <input type="text"/>	
Vizsgálat célja: <input type="text"/>		Terápia: <input type="text"/>		Pecsét szám: <input type="text"/>	
Kórelőzmények, tünetek, betegség kezdete: <input type="text"/>		Első vizsgálat: <input type="checkbox"/>		Ismételt vizsgálat: <input type="checkbox"/>	
Beküldő orvos egyéb közlése: <input type="text"/>		Előző vizsgálat eredménye: <input type="checkbox"/>		Kérőlapon bejelölt vizsgálatok száma: <input type="text"/>	
				Kérőlapon kézzel írt vizsgálatok száma: <input type="text"/>	

VÍRUSOK	
Cytomegalovírus /CMV/ antitestek (IgM poz. esetben IgG aviditás is)	2 N
Cytomegalovírus IgG aviditás (csak pozitív IgG eredmény esetén végezhető el)	N
Epstein-Barr vírus /EBV/ antitestek (IgM, EBNA IgG, VCA IgG)	N
Herpes simplex vírus antitestek (HSV1 és HSV2)	2 N
Hepatitis A vírus /HAV/ antitestek	N
HBsAg	1 N
Anti-HBs antitest	N
Anti-HBc antitest	N
Hepatitis C vírus /HCV/ antitestek	N
Parvovírus B19 antitestek	2 N
Varicella zoster vírus /VZV/ antitestek (IgM pozitív esetben IgA is)	2 N

BAKTÉRIUMOK	
Borrelia antitestek	N
Helicobacter pylori antitest	N
Treponema pallidum /Lues/ RPR és spec. IgG, IgM antitestek	1 N

PARAZITÁK	
Toxoplasma gondii antitestek (IgM poz. esetben IgA, IgG aviditás is)	2 N

EGYÉB OEP FINANSZÍROZOTT VIZSGÁLATOK	

KITÖLTÉSI ÉS MINTAVÉTELI INFORMÁCIÓK	
1	Terhesgondozás keretében- szűrővizsgálatként - a járványügyi feladatok elvégzésére kijelölt laboratórium végzi közfinanszírozott formában.
2	Terhesgondozás keretében (szűrő jelleggel), háziorvosi igény esetén OEP finanszírozottan nem áll módunkban elvégezni!
N	Natív cső (piros vagy sárga dugós, géles): 1 cső natív vér szükséges (egy csőből több vizsgálat is elvégezhető)
♥	Kérjük, tüntesse fel a <b>területi ellátási kötelezettség szempontjából illetékes</b> Synlab telephelyet. Laboratóriumaink OEP finanszírozott formában a területi ellátási kötelezettségbe tartozó páciensek mintáit fogadják.
	A vizsgálatkérés a vizsgálat neve előtt szereplő négyzet "X" jelölésével történjen!
	Hiányosan, hibásan, olvashatatlanul kitöltött kérelmek esetén a vizsgálatokat nem áll módunkban elvégezni.
	Az OEP felé kötelezően jelentendő adatok hiányában vagy hibás kitöltése esetén a laboratórium <b>jogosult a vizsgálati díj számlázására</b> a beküldő felé.
	A <b>mintavétel dátumát, a vizsgálatkérés indokát (diagnózis, BNO)</b> és a <b>bejelölt (igényelt) vizsgálatok számát</b> minden esetben kérjük feltüntetni!
	<b>A KÉRŐLAP ORVOSI KÖRPECSÉT ÉS ALÍRÁS NÉLKÜL ÉRVÉNYTELEN!</b>