GYŐR-MOSON-SOPRON MEGYEI KORMÁNYHIVATAL
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FŐOSZTÁLY
MIKROBIOLÓGIAI LABORATÓRIUM
Telefon: (96) 513-753 Telefax: (96) 513-750
E-mail: bakterlabor@nydr.antsz.hu
laboratóriumvezető: dr. Bogdán Piroska

Vizsgálatkérő lap várandósok hepatitis B (HBsAg) / luesz szűrővizsgálatához

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni, kódokat beírni, ill. a kívánt kockákat jelölni!

Beutaló háziorvosi praxis neve, címe, telefon, fax :
……..
……..
Beküldő kód: ☐☐☐☐ ☐ ☐☐☐☐
Beutaló háziorvos neve:
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Háziorvos kódja (pecsétszám): ☐☐☐☐☐
Védőnő neve:
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Címzett laboratórium:
Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal
Népegészségügyi Főosztály
Szerológiai Laboratórium
9024 Győr, Jósika u. 16.

Beteg neve: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Taj száma: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Születési ideje:** ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

Születési neve: …… **Anyja neve:** ……

Állampolgársága: ☐ magyar ☐ egyéb: …… **Ellátás tényét igazoló adat (naplószám):** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Lakcíme: ☐☐☐☐ ……

Ellátás típusa, térítési kat.: ☐ Járóbeteg szakellátás ☐ Menekült ☐ Államközi szerz. alapján ellátott
☐ Nem biztosított ☐ Alapellátás ☐ Fekvőbeteg szakellátás

Kért vizsgálat: ☐ **HBsAg** ☐ **T. pallidum Ab**

Vizsgálati anyag: ☐ natív vér ☐ szérum

☐ **első vizsgálat** ☐ **ismételt vizsgálat / Előző vizsgálat iktatószáma és eredménye:** ……

Gravida terhességi ideje: ☐☐ **hét** **Mintavétel ideje:** ☐☐ **hónap** ☐☐ **nap** ☐☐ **óra** ☐☐ **perc**

Orvos egyéb közlése: ……..

Beutaló kelte: …….. ……
orvos aláírása és pecsétje

(Laboratórium tölti ki!)
Beérkezés időpontja:……

Mintát átvette:…….. Minta iktatószáma:……..