



KÓRSZÖVETTANI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

A betegdokumentációs előírásoknak eleget téve kérjük, hogy a vizsgálatkérő lapot hiánytalanul töltsék ki!

BETEG ADATAI

Beteg neve:	TAJ száma:			
Születési idő:	Anyja neve:			
Lakcím:	Betegstátusz:	OEP Járó	OEP Fekvő	Térítéses beteg

VIZSGÁLATKÉRŐ ADATAI

Vizsgálatkérő intézmény:	
OEP kód:	Beküldő orvos neve, pecsétszáma:
Elérhetőség (tel/fax/e-mail):	

KÉRT VIZSGÁLAT MEGJELÖLÉSE

Kiegészítő vizsgálat kérése	Kórszövettani másodvélemény
Kiegészítő vizsgálat megnevezése:	

MINTÁRA VONATKOZÓ ADATOK

Mintavétel időpontja:	Szövettani szám:			
	Minta típusa:	paraffinos blokk	metszet	kenet
	Darabszám:			

Egyéb adatok

--

Kelt: _____

vizsgálatkérő orvos aláírása, bélyegzője