

CT VIZSGÁLATKÉRŐ LAP
(ÉRVÉNYES 2020.02.17-TŐL)



Páciens neve:		Születési idő:														
Anyja neve:		TAJ:														
Lakhely:																
Értesítési telefonszám:																
A vizsgálatkérő OEP kódja*:																
Vizsgálatkérő osztály/szakrendelő megnevezése*:																
Ellátás tényét igazoló sorszám (naplószám)*:																
Vizsgálatkérő orvos neve, pecsétszáma:																
Vizsgálatkérő orvos elérhetősége (email cím)																
Kért vizsgálat:																
A vizsgálatot indikáló diagnózis:											BNO:					
Alapbetegség:											BNO:					
Megjegyzések:																

A páciens a vizsgálat típusáról, szükségességéről és annak önköltséges jellegéről kezelőorvosától felvilágosításban részesült, azt saját elhatározásából kéri.

dátum

páciens aláírás

orvos aláírás, pecsét

*Az Ön szempontjából nem releváns sorokat kérjük üresen hagyni!