

MR VIZSGÁLTÁTKÉRŐ 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 (naplósorszám)*:														
Vizsgálatkérő orvos neve, pecsétszáma:														
Vizsgálatkérő orvos elérhetősége (email cím)														
Kért vizsgálat:														
A vizsgálatot indikáló diagnózis:														
Alapbetegség:														
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!