

RTG VIZSGÁLKÉRŐ LAP
(ÉRVÉNYES 2020.09.14-TŐL)



Páciens neve:		Születési idő:									
Anyja neve:		TAJ:									
Lakhely:											
Értesítési telefonszám:											
A vizsgáltkérő OEP kódja*:											
Vizsgáltkérő osztály/szakrendelő megnevezése*:											
Ellátás tényét igazoló sorszám (naplószám)*:											
Vizsgáltkérő orvos neve, pecsétszáma:											
Vizsgáltkérő 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!