

**ORVOSI JAVASLAT – VIZSGÁLATKÉRŐ  
KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKÁHOZ**



Páciens neve:		Születési idő:												
Anyja neve:		TAJ:												
Lakhely:														
Értesítési telefonszám:														
Vizsgálatkérő orvos neve, pecsét száma:														
Vizsgálatkérő orvos elérhetősége (email cím):														
Modalitás (karikázza be a megfelelőt):	MRI	CT	RTG	UH										
Kért vizsgálat:														
A vizsgálatot indikáló diagnózis:									BNO:					
Vizsgálati indikáció; klinikai adatok:														

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

dátum

páciens aláírás

orvos aláírás, pecsét