

VIZSGÁLATKÉRŐLAP KÜLSŐ BEKÜLDŐK RÉSZÉRE
megbetegedett személyek ellátásához szükséges **széklettenyésztés** céljából

Vizsgálatot kérő intézmény

Neve:.....
Címe:.....
Szervezeti egység 9 jegyű azonosító kódja:
Betegforgalmi napló sorszám/törzsszám:

Vizsgálatot kérő orvos

Neve:.....
Pecsétszáma:.....
Telefonszáma:.....

Beteg adatai

Beteg neve :.....
TAJ száma** :.....
Születési ideje:.....év.....hónap.....nap
Neme*: férfi nő
Lakcíme:.....
Íránydiagnózis:.....
BNO kód:.....
Térítési kategória*: járóbeteg fekvőbeteg
egyéb:.....

Kizárólag csak a mintavételt végző személy töltheti ki, kizárólag kézírással!

A minta vételének időpontja:év.....hónap..... nap.....óra aláírás:.....

A minta típusa*: natív széklet egyéb:

Amennyiben NEM igényel fekvőbeteg ellátást a megbetegedett személy, itt adja meg a vizsgálat indikációját, kiemelve a hasmenés típusát, időtartamát:

Releváns extraintesztinális tünetek, megbetegedés:.....

Hasonló megbetegedés a környezetben?.....

Gyanús / nem megfelelően kezelt étel fogyasztása?.....

Külföldi utazás az elmúlt 30 napban? Helyszíne?.....

Egyéb, releváns anamnesztikus adat:.....

Felmerül-e közösségi vagy tömeges fertőzés? * nem amennyiben igen, akkor járványügyi laboratóriumba küldendő

.....
vizsgálatkérés dátuma

.....
orvos aláírása, pecsét

*aláhúzendő, sz.e. kitöltendő

**A beteg TAJ számának hiányában a vizsgálatot rendelő orvos e-mail elérhetősége NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL