

2. számú melléklet

K É R E L E M

VIZSGÁLATI EREDMÉNY/TERÁPIÁS JAVASLAT ELEKTRONIKUS ÚTON TÖRTÉNŐ IGÉNYLÉSÉHEZ

1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy):

Név (születéskori név is):

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím:

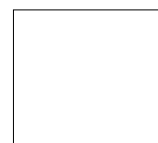
TAJ szám:

2. Kérelmező kezelőorvos adatai:

Név (kezelőorvosként viselt név):

Munkahely:

Orvosi pecsétszáma és lenyomata:



p.h.

3. Kérelmező egyéb adatai (amennyiben ilyen módon történik a kapcsolattartás):

Telefonszám:

E-mail cím:

4. A kért vizsgálati eredmény és a vizsgálatkérés időpontja:

.....
.....
.....

Kelt....., 20..... év hó nap

.....
kérelmező orvos aláírása