


VIZSGÁLATKÉRŐ LAP MR/RTG	 5700 Gyula, Küllerület 0662/26. hrsz Tel.: +36-30/421-98-01 E-mail: info@sanitaskozpont.hu
---	--

Páciens neve:		
Születési idő:		
Anyja neve:		
TAJ:		
Lakóhely:		
Vizsgálatkérő orvos neve, pecsétszáma:		
Vizsgálat típusa: (karikázza be/húzza alá a megfelelőt)	MR	RTG
Milyen vizsgálatot kér?		
Vizsgálat oka, iránydiagnózis (BNO kód)		
MR vizsgálat esetén: natív vagy kontrasztanyagossal vizsgálatra van szükség? (Kontrasztanyag adásához szükséges 1 hónapnál nem régebbi vesefunkciós laborlelet, eGFR érték)	<input type="checkbox"/> natív <input type="checkbox"/> kontrasztanyagossal	
A vizsgálatkérés indoklása:		
Megjegyzések:		

Dátum:

.....
páciens aláírása

.....
orvos aláírása, pecsét