



Manuális vizsgálatkérő lap Ultrahang

Beteg neve: TAJ :.....
Születési dátum :..... Térítési kategória :
Anyja neve :.....
Lakcím :
Beküldő :.....
Vizsgálatkérő orvos :.....
Ellátási szám :.....

Kért vizsgálat :.....

Iránydiagnózis :

Eredmény diagnózis:

Anamnézis :.....

Oldaliság :.....

Honnan :.....

Szállítás módja:.....

Dátum :.....

vizsgálatot kérő orvos
aláírása, pecsét

.....
beleegyező beteg/törvényes képviselő aláírása