



Manuális vizsgálatkérő lap Röntgen

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

Kért Vizsgálat :.....

Iránydiagnózis :

E-Diagnózis:

Anamnézis, egyéb vizsgálati adat:.....
.....
.....
.....

Oldaliság :.....

Szállítás módja :.....

Honnan (osztály/kórterem):.....

.....
vizsgálat kérő orvos
aláírása, pecsét

.....
beleegyező beteg/törvényes képviselő aláírása