



Radiológiai vizsgálatkérő lap

CT vizsgálat Ultrahang Röntgen
Csontdenzitometria (DEXA) Mammográfia

Páciens neve:

Leánykori neve:

Születési idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Páciens telefonszáma:

Vizsgálat megbeszélte időpontja:

Beküldő osztály neve:

Beküldő osztály kódja:

.....
beküldő osztály pecsétje

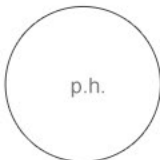
Ellátás tényét igazoló adat (napló- vagy törzsszám):

Orvos neve, pecsét száma:

Orvos telefonszáma:

.....

Dátum:



Klinikai és anamnesztikus adatok:

(Előzetes vizsgálati eredmények: Labor, Rtg, UH, CT, angiographia, műtét, szövettan)

Beküldő diagnosis (BNO kód):

Mely régió(k) vizsgálatát kéri:

A vizsgálatra beutalóját, TAJ- és lakcímkártyáját és kapcsolódó egészségügyi dokumentációját hozza magával!

Segítséget kaphat a www.huniko.hu oldalon, kérdés esetén írjon a diosgyor@huniko.hu címre,
vagy hívja kollégáinkat a következő telefonszámokon:

CT: (46) 531-733, Mammográfia: (46) 531-772, Dexa: (46) 531-732, Röntgen és Ultrahang: (46) 531-739

Fax: (46) 402-540