



Radiológiai vizsgálatkérő lap

- CT vizsgálat Ultrahang Angiográfia
 MR vizsgálat Röntgen Mammográfia
 Csontritkulás (ODM)

Páciens neve:

Születési idő:

Lakcím:

.....

TAJ szám:

Anyja neve:

Páciens telefonszáma:

Vizsgálat megbeszélte időpontja:

Előjegyzési kódja:

Beküldő osztály neve:

Beküldő osztály kódja:

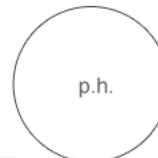
beküldő osztály pecsétje

Ellátás tényét igazoló adat (napló- vagy törzsszám):

Orvos neve, pecsétje:

Orvos telefonszáma:

.....



Térítési kategória: 1 / 6 / ____

Klinikai és anamnesztikus adatok:

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

Beküldő diagnosis (BNO kód):

Mely régió(k) vizsgálatát kéri:

Vizsgálatra beutalóját, TAJ kártyáját, lakcímkártyáját és személyi igazolványát hozza magával!

Segítség, kérdés esetén írjon nekünk a info@huniko.hu e-mail címre vagy keresse fel kollégánkat a következő telefonszámokon:

CT: (28) 507-124 MR: (28) 507-125 Röntgen, ultrahang: (28) 507-120

Csontritkulás (ODM): (28) 507-128 Mammográfia: (28) 507-126

További információk: <http://huniko.hu>

Fax: (28) 507-129