



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

.....
beteg/törvényes képviselő aláírása