



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):.....

Dátum:.....

.....
vizsgálat kérő orvos
aláírása, pecsét

.....
beteg/törvényes képviselő aláírása