



Beteg neve: Születési dátum:
BetegTAJ-száma:..... Lakcímeinek irányítószáma:.....
Beteg lakcíme:..... Beteg telefonszáma:.....
Napló/Törzsszám:..... Térítési kategória: 4 egyéb
6 fekvő
Beküldő osztály kódja:..... BNO Kód:.....
Orvos neve:..... Pecsétszám: Telefonszám:.....
Levelezési cím:.....
Fax szám:..... e-mail cím:.....
Számlázási cím:.....

Eredményközlés: EESZT rendszeren keresztül.

GASZTROENTEROLÓGIAI VIZSGÁLKÉRŐ LAP

	Ár (Ft)		Ár (Ft)
Coeliakia:		Irritábilis bél szindróma (IBS):	
<input type="checkbox"/> szöveti transzglutamináz (tTG) elleni IgA és IgG + gliadin elleni IgA antitest	6000,-	<input type="checkbox"/> Étel intolerancia (IgG) vizsgálat: 46 ételre	24.000,-
<input type="checkbox"/> endomysium elleni antitest IgA és IgG	6000,-	gyomor-bélrendszeri panaszok (irritábilis bél szindróma IBS), bőrelváltozások (ekcéma), fejfájás, arthritis oka lehet	
Autoimmun hepatitis:		alma, báránnyús, dió, brokkoli, burgonya, búza, csirkehús, dinnyemix, dió, durum búza, édesvízi hal mix, élesztő, fehér hal mix, fekete ribizli, fokhagyma, földimogyoró, földieper, glutén, gomba, grapefruit, gyömbér, kakaóbab, káposzta, kesudió, kukorica, mandula, marhahús, narancs és citrom, olajbogyó, paprika, paradicsom, póréhagyma, rák és kagylómix, rizs, rozs, sárgarépa, sertéshús, szójabab, tea, tehéntej, tojás, tonhal, uborka, zab, zeller, zöldségmix	
<input type="checkbox"/> AMA-M2, LKM1, LC1, SLA/LP, Sp100, gp210, F-aktin*, tropomyosin, actinin elleni antitest	8000,-	<input type="checkbox"/> Ételallergia (IgE) vizsgálat:	11.000,-
<input type="checkbox"/> anti-nukleáris antitest (ANA) szűrőteszt	3000,-	Tojásfehérje /tojássárgája Tej /kazein Búzaliszt / rozsliszt Szezámag Mandula Tőkehal / rák Mogyoró / földimogyoró /dió Szójabab Alma / narancs Sárgarépa / zeller Paradicsom / burgonya	
Gasztritis:			
<input type="checkbox"/> gyomor parietális sejt (GPC) és intrinsic faktor* elleni antitest	4500,-		
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori IgG és IgA	4000,-		
Gyulladásos bélbetegségek (IBD):			
<input type="checkbox"/> MPO (p-ANCA) / PR3 (c-ANCA) (colitis ulcerosa)	4000,-		
<input type="checkbox"/> ASCA IgA és IgG (Crohn betegség)	4000,-		

Minta küldés: 1 cső friss, natív vér 2 órán belül, 1-2 ml szérum +4oC-on tárolva 72 h-n belül vagy -20 oC-on tárolt fagyasztott minta. *Járóbeteg-szakellátás indexált tevékenységi kódokkal rendelkező vizsgálatok. Laboratóriumunkban vérvételi lehetőség nincs!

Mintavétel időpontja: [][][][] év [][] hó [][] nap [][] óra

Alulírott vizsgáltkérő orvos tudomásul veszem a hátoldalon írt feltételeket, és azok ismeretében kérem a fenti vizsgálat elvégzését.

.....
orvos aláírása, pecsét

.....
mintavevő aláírása



PTE KK IMMUNOLÓGIAI ÉS BIOTECHNOLÓGIAI INTÉZET,
7624 PÉCS, SZIGETI ÚT 12.

Laborvezető szakorvos: Dr. Berki Tímea, Tel.: 72/536-147, Fax: 72/536-289 e-mail: berki.timea@pte.

Labor tölti ki!

Minta beérkezési ideje:

Mintaátvevő aláírása:

A VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉNEK FELTÉTELEI

1. A vizsgálat díját a vizsgálatkérő lapon meghatározott díjlista tartalmazza.
2. Fekvőbeteg ellátás (6-os térítési kategória) esetén a vizsgálatkérő orvos (egészségügyi szolgáltató) köteles a megrendelt vizsgálatok elvégzéséért járó díjat a PTE által kiállított számla ellenében, annak kézhezvételétől számított 30 napon belül átutalni a Pécsi Tudományegyetem MÁK 10024003-00282716-01170003 bankszámlájára. (Megjegyzés rovatba kérjük feltüntetni a BETEG TAJ számát és az IBI rövidítést, mely laboratóriumunkat azonosítja.)
3. Amennyiben az orvos a vizsgálatot 4-es térítési kategóriában kéri, akkor adminisztrációs okokból kérjük, hogy a befizetést igazoló bizonylatot a Vizsgálat kérőlap mellé csatolni szíveskedjenek, ellenkező esetben a vizsgálatot nem áll módunkban elvégezni.
4. Amennyiben a vizsgálatkérő orvos bármely esedékes számláját nem egyenlítette ki, a PTE annak kiegyenlítéséig megtagadhatja a következő vizsgálat elvégzését.

A feltételeket vállalom:

Dátum:.....

.....
orvos aláírása

Elektronikus leletküldés igénylése

Ezúton kérem a beküldött vizsgálati mintám eredményének elektronikus úton történő megküldését a vizsgálatot kérő orvos számára.

Dátum:.....

.....
beteg aláírása