



KÉRŐLAP QUANTIFERON-TB VIZSGÁLATHOZ

PTE KK Immunológiai és Biotechnológiai Intézet, 7643 Pécs, Szigeti út 12.

Laborvezető szakorvos: Dr. Berki Tímea, tel.: 72-536-147, fax: 72-536-289, timea.berki@aok.pte.hu

Beteg neve: Születési dátum:
Leánykori neve: Anyja neve:
Beteg TAJ-száma:..... Lakcímének irányítószáma:.....
Beteg lakcíme:
Térítési kategória: 4: Egyéb/Költségtérítéses vizsgálat 6:Fekvő beteg
(A megfelelő aláhúzendó!)
Beküldő intézet neve és levelezési címe:.....
.....
Beküldő osztály OEP/ÁNTSZ kódja:.....
Orvos neve:.....Pecsétszáma:BNO Kód:.....
Naplósorszám/Törzsszám:.....
Egyéb megjegyzés:

Quantiferon – TB (QFT) teszt:

- Vérvétel 4db QFT Csőbe 5.000. Ft.-
- Aktiváció IFN gamma ELISA 15.000. Ft.-

Laboratóriumunk csupán a vérvételi csöveket biztosítja, mintavételi lehetőség nincs.

Mintaátvétel: Immunológiai és Biotechnológiai Intézet 7624, Pécs, Szigeti út 12., Honvéd utcai portabejárat

A vérmintákat Intézetünk, Hétfőtől – Csütörtökig, 8h-tól - 14h-ig fogadja,

Munkaszüneti-, ünnep-és szabadnapot megelőző munkanapokon nem áll módunkban a mintát átvenni.

Eredményközlés: EESZT rendszeren keresztül vagy a betegeknek személyesen.

Beutalás Dátuma:.....év.....hónap.....nap

Mintavétel ideje:.....év.....hónap.....nap

.....
orvos aláírása, pecsét

.....
mintavevő aláírása



KÉRŐLAP QUANTIFERON-TB VIZSGÁLATHOZ **PTE KK Immunológiai és Biotechnológiai Intézet, 7643 Pécs, Szigeti út 12.**

Laborvezető szakorvos: Dr. Berki Tímea, tel.: 72-536-147, fax: 72-536-289, timea.berki@aok.pte.hu

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 kéréslap 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