



## 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 aláhúzendő!)

Beküldő intézet neve és levelezési címe:.....

.....

Beküldő osztály kódja:.....

Orvos neve:.....Pecsétszáma: .....BNO Kód:.....

Naplósorszám/Törzsszám:.....

Egyéb megjegyzés: .....

**Eredményközlés:** EESZT rendszeren keresztül vagy a betegnek személyesen.

### **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.

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 kéréssel 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