



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:

BetegTAJ-száma:..... Lakcímének irányítószáma:.....

Beteg lakcíme:

Megrendelő intézet neve és levelezési címe:.....

Térítési kategória:

(A megfelelő aláhúzendő!) 1: Ambuláns beteg 4: Egyéb/Költségtérítéssel vizsgálat 6:Fekvő beteg

Naplósorszám/Törzsszám:.....

Beküldő osztály OEP/ÁNTSZ kódja:.....

Orvos neve:.....Pecsétszáma:

BNO Kód: Egyéb megjegyzés:.....

Quantiferon – TB (QFT) teszt:

- Vérvétel 3db QFT Csőbe 5.000. Ft.-
- Aktiváció IFN gamma ELISA 15.000. Ft.-

A vizsgálatot laboratóriumunk 14 naponta, (két hetente) szerdai napokon végzi el!
A vérmintákat Intézetünk, Hétfőtől – Csütörtökig, 8h-tól - 14h-ig fogadja!

(7624, Pécs, Szigeti út 12., Honvéd utcai portabejárat
Immunológiai és Biotechnológiai Intézet)

Eredményközlés: postai úton a megrendelő intézet címére, ha az Intézmény vagy a beteg a beleegyező nyilatkozatot akáírja, abban az esetben e-mail-ben is! (lásd 2. oldal)

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 egyenlített 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.

E-mail cím:

Dátum:.....

.....
beteg aláírása