



KÉRŐLAP KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES SZEROLÓGIAI VIZSGÁLATHOZ

PTE KK Immunológiai és Biotechnológiai Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12.

a NAH által NAH-9-0007/2026 számon akkreditált orvosi vizsgálólaboratórium

Laborvezető szakorvos: Prof. DR. Berki Tímea, tel.:72-536-307, immbio@pte.hu

Beteg neve: Születési dátum:
 BetegTAJ-száma:..... Születési neve:.....
 Beteg anyja neve:..... Beteg telefonszáma:.....
 Beteg lakcíme:.....

Beküldő osztály kódja:..... Napló/Törzsszám:.....
 BNO Kód:..... Térítési kategória: 4 egyéb

Orvos neve:..... Pecsétszám: Telefonszám:.....

Levelezési cím:.....

Fax szám:.....e-mail cím:.....

Számlázási cím:.....

Eredményközlés: a minta laboratóriumba érkezést követő 14 munkanapon belül az EESZT rendszeren keresztül.

<u>Szisztémás autoantitestek:</u>	Ár Ft.-	<u>Szervspecifikus autoantitestek:</u>	Ár Ft.-
Rheumatológiai panel:		Diabétesz panel: #	
<input type="checkbox"/> ANA szűrőteszt ELISA	3000	<input type="checkbox"/> Diabetes/metabolikus sy:GAD65 /IA2/Inzulin	20 000
HEp-2 sejt lizátum, dsDNS, hiszton, Sm/RNP, SS-A, SS-B, Scl-70, Jo-1, centromer, PCNA, M-2, ribP		Gasztrointesztinális panel:	
<input type="checkbox"/> kettősszálú-DNS	3000	<input type="checkbox"/> gyomor parietális sejt(GPC)/intrinsic faktor#	8000
<input type="checkbox"/> centromer Cenp-B (ACA)	3000	<input type="checkbox"/> ANCA: MPO (p-ANCA) / PR3 (c-ANCA)	8000
<input type="checkbox"/> ENA szűrőteszt	4000	<input type="checkbox"/> ASCA IgG/A #	8000
<input type="checkbox"/> ENA:Sm RNP SSA SSB Scl-70 Jo-1	8000	<input type="checkbox"/> Coeliakia: tTG IgG/A gliadin IgA	6000
<input type="checkbox"/> CCP	4000	<input type="checkbox"/> Coeliakia: endomysium IgA/G	6000
<input type="checkbox"/> Rheumatoid Factor IgG/A/M	5000	<input type="checkbox"/> Autoimmun hepatitis panel: AMA-M2,M2-3E,PML,LKM1,LC1,Sp100, SLA/LP, gp210, F-aktin, Ro52	8000
Foszfolipid szindróma panel:		<input type="checkbox"/> AMA-M2 (PDH)	5000
<input type="checkbox"/> prothrombin IgG/M#		Bőrgyógyászati diagnosztika: #	
<input type="checkbox"/> cardiolipin IgG és IgM	5000	<input type="checkbox"/> pemphigus/bullózus pemphigoid antitest	5000
<input type="checkbox"/> β2 glycoprotein-1 IgG és IgM#	4000	<input type="checkbox"/> Dermatology Profile	15 000
	4000	(Desgl,Desg3,BP180,BP230,Env,CollVII)	
Vasculitis/vese panel:		Posztinfekciós diagnosztika:#	
<input type="checkbox"/> MPO (p-ANCA) / PR3 (c-ANCA)		<input type="checkbox"/> Borrelia Burgdorferi IgG/M ELISA + IgM WB	8000
<input type="checkbox"/> glomerulus bazalmembrán (GBM)	8000	<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae IgG/A/M	9000
<input type="checkbox"/> anti-C1q#	4000	<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae IgG/A/M	9000
	4000	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis IgG/A	6000
<input type="checkbox"/> Myositis panel: (17 antigén)		<input type="checkbox"/> Yersinia enterocolitica IgG/A/M	9000
PMScl100, PMScl75, MI-2a, MI-2b, TIF1γ, MDA5, NXP2, SAE1, EJ, OJ, RO-52, cN-1A, Jo-1, KU, SRP, PL-7, PL-12		<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori IgG/A	6000
	15 000	Infertilitás panel:	
<input type="checkbox"/> Szisztémás Sclerosis (scleroderma) #		<input type="checkbox"/> ANA, dsDNA, coeliakia, foszfolipid antitestek: cardiolipin és glycoprotein-1 IgG és IgM#	
(13 antigén)			
Ro52, PDGFR, Ku, PM75, PM100, Th/To, NOR90, Fib, RP155, RP11, CM, CA, Scl-70	15 000		

Minta: Natív, perifériás vér. A mintákkal kapcsolatos információk és a teljes vizsgálati paletta megtalálható a www.immbio.hu/diagnosztika honlapon.

A NAH által nem akkreditált vizsgálatok # megjelöléssel vannak feltüntetve.

Intézetünkben vérvételre is van lehetőség, melyre előzetes időpont egyeztetés az alábbi telefonszámon lehetséges hétköznapokon 9 és15 óra között: 72/536-307



KÉRŐLAP KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES SZEROLÓGIAI VIZSGÁLATHOZ

PTE KK Immunológiai és Biotechnológiai Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12.

a NAH által NAH-9-0007/2026 számon akkreditált orvosi vizsgálólaboratórium

Laborvezető szakorvos: Prof. DR. Berki Tímea, tel.:72-536-307, immbio@pte.hu

Mintavétel időpontja:

év hó nap óra

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

.....
orvos aláírása, pecsét

.....
mintavevő 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 10300002-10011256-00064901 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 egyenlítettte ki, a PTE annak kiegyenlítéséig megtagadhatja a következő vizsgálat elvégzését.

A feltételeket vállalom:

Dátum:.....

.....
orvos aláírása