



KÉRŐLAP KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES AUTOIMMUN NEUROLÓGIAI 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:..... Lakcímének 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: a minta a laboratóriumba érkezést követő 14 munkanapon belül, EESZT rendszeren keresztül megtekinthető.

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Onkoneurális antitestek[#] (12 antigén) 15.000. Ft | <input type="checkbox"/> Aquaporin-4 és MOG[#] (myelin oligodendrocyta glycoprotein) elleni autoantitest (NMO) 10.000 Ft |
| Hu / Small cell lung cc.(SCLC), emlő <input type="checkbox"/> szérum | <input type="checkbox"/> szérum |
| Yo / emlő, ovarium, nőgyógy. <input type="checkbox"/> liquor | <input type="checkbox"/> liquor |
| Ri / emlő, SCLC | <input type="checkbox"/> liquor |
| Ma-2/Ta / here, emlő, tüdő | <input type="checkbox"/> Acetilkinolin receptor elleni autoantitest[#] 8.000 Ft |
| CV2.1 / thymoma, SCLC | (21 munkanap) |
| Amp / emlő, SCLC | <input type="checkbox"/> Musk elleni autoantitest[#] 5.000 Ft |
| Recoverin / SCLC | (21 munkanap) |
| SOX-1 / SCLC | <input type="checkbox"/> GAD-65 elleni autoantitestek[#] 5.000 Ft |
| Titin / thymoma | (21 munkanap) |
| zic-4 / Hodgkin's lymphoma | <input type="checkbox"/> IA2 elleni autoantitestek[#] 5.000 Ft |
| GAD-65 / SCLC, emlő; colon carcinoma | (21 munkanap) |
| Tr (DNER) | <input type="checkbox"/> Autoimmun encephalitis antitestek[#] 30.000 Ft |
| <input type="checkbox"/> Gangliozid antitestek IgG és IgM izotípus[#] 10.000 Ft | NMDR |
| GM1,GM2,GM+3,GM4,GD1a,GD2,GD3,GT1a,GT1b,GQ1b | GABAB-R <input type="checkbox"/> szérum |
| (IgG és IgM külön is kérhető,ára izotípusonként | AMPA1 <input type="checkbox"/> liquor |
| 10.000Ft.igény estén kérjük feltüntetni) | LGI |
| <input type="checkbox"/> Borrelia Burgodorferi[#] 8.000 Ft | AMPA2 |
| IgG/M ELISA + IgM WB <input type="checkbox"/> szérum | CASPR2 |
| <input type="checkbox"/> liquor | |

Minta: Natív, perifériás vér vagy liquor. Az onkoneurális antitestek vizsgálatához minimum 1,5 ml liquor mintára van szükség. A mintákkal kapcsolatos információk és a teljes vizsgálati paletta megtalálható a www.immbio.hu/diagnosztika honlapon.

Intézetünkben vérvételre is van lehetőség, melyre előzetes időpont egyeztetés az alábbi telefonszámon lehetséges hétköznapokon 9 és 15 óra között: 72/536-307

A NAH által nem akkreditált vizsgálatok # megjelöléssel vannak feltüntetve!

Mintavétel időpontja: év hó nap óra



KÉRŐLAP KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES AUTOIMMUN NEUROLÓGIAI 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

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

.....
orvos aláírása, pecsét

.....
mintavevő aláírása

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 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 kérelméhez 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