

MOLEKULÁRIS PATOLÓGIAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Páciens neve: _____

Születési hely, idő: _____

Neme: _____

Anyja neve: _____

Lakcím: _____

TAJ szám/Útlevekszám: _____

Beküldő intézmény neve: _____

Beküldő orvos neve: _____

Beküldő orvos telefonos elérhetősége: _____

E-mail cím, melyre a leletet kézbesíthetjük: _____

Kért vizsgálat a következő:

- GBS (B-csoportú Streptococcus)
- HPV tipizálás
- STD panel (Chlamydia, Neisseria gonorrhoeae)

Dátum:

Bélyegző helye

Orvos aláírása