

KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLKÉRŐ LAP röntgenvizsgálathoz

A *-gal jelölt adatok kitöltése kötelező!

BETEGADATOK

Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsd ki!

Név* >

Születési dátum* >

TAJ* >

Egyéb azonosító*
(amennyiben nincs TAJ) >

BEUTALÁS ADATAI

Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsd ki!

Naplószám >

Térítési kategória > NEAK által nem térített

Diagnózis (BNO) >

Rövid anamnézis* >

VIZSGÁLKÉRÉS*

Kérjük, olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsd ki!

Tisztelt Medilum Egészségközpont!

Kérem betegem részére az alább megnevezett röntgenvizsgálatot:

Kelt*

p. h.*

Orvos aláírása*

Orvos pecsétszáma*

Vizsgálatot kérő orvos neve*
(nyomtatott betűvel)