



## CITOGENETIKAI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

### **Páciens adatai**

Név:

Leánykori név:

Anyja neve:

Szül. hely, idő:

TAJ:

Lakcím:

Telefonszám:

E-mail:

### **Beküldő adatai**

Intézmény neve:

Címe:

OEP kód:

Naplószám:

Orvos neve:

Pecsétszám:

Telefonszám:

E-mail:

**Egyéb információk**

Beküldő diagnózis:

BNO kód:

Mintavétel tervezett időpontja:

**Klinikai információkat tartalmazó ambuláns lapot/zárójelentést kérjük mellékelni!**

A vérvétel hétfői napokon, előre egyeztetett időpontban történik.

Időpont egyeztetés: Genetikai Laboratórium 96/507-900 / 1140. mellék

Dátum: \_\_\_\_\_

Aláírás: \_\_\_\_\_

P.h.