

Vizsgálatkérő lap vércsoport meghatározásához

OVSZ Dél-pesti Területi Vérellátó

(Hiányosan vagy hibásan közölt adatok esetén a vizsgálat csak térítés ellenében végezhető el!)

Beküldő intézmény, osztály neve és kódja :

Ambuláns naplósám / Korházi Törzsszám:

Beteg neve: A beteg neme: férfi nő

Anyja neve: Születési név:

Születési dátum: TAJ szám:

Lakcím (irányítószámmal):

OEP Azonosító típusa: (Kérem a megfelelőt bekarikázni)

TAJ-, egyéb száma nincs: **0**; TAJ száma van: **1**; Képzett TAJ **2**; Útlevekszám: **3**; Ismeretlen beteg, ismeretlen TAJ számú elhunyt személy: **6**

OEP Térítési kategória: (Kérem a megfelelőt bekarikázni)

Magyar biztosított járóbeteg: **01**, Térítés köteles ellátás: **04**, Fekvőbeteg ellátás: **06**,

EU kártyával rendelkező beteg: **0E**- (EU-s kártya másolatot kérünk) Egyéb: Lásd OEP útmutató

Diagnózisok: BNO kód:

..... BNO kód:

Vérminta-vétel adatai: (kötelező kitölteni!)

Mintavétel ideje (dátum, óra)

Sürgősség: Nem: Igen: Oka:

Előzetes vércsoport: **ABO**: **Rh**: (csak fekvő betegnél kérjük)

Korábbi transfúziók: Igen: Nem:

3 hónapon belül kapott-e transfúziót? Igen: Nem:

Korábbi terhességek száma: Volt-e UHB-s ujszülöttje: Igen: Nem:

Gyógyszerei:

Terhesség alatt kötelezően kitöltendő:

Terhesség ideje: (hét)

Jelen terhességben kapott-e anti-D IgG-t? : Igen: Nem:

Egyéb megjegyzés:

Dátum: Aláírás: Orvosi pecsét száma:

Telefon: (Kérjük kitölteni)

Kérjük az igénylőlapot nyomtatott nagybetűvel, olvashatóan, pontosan kitölteni!

Az OEP-pel nem szerződött praxisok által kért vizsgálatok térítéskötelesek!