

Név:.....

TAJ szám:    -    -

Nem:  férfi  nő

Születési idő:    év   hó   nap

Azonosítási szám, vagy jel:.....

---

A vérvétel dátuma:    év   hó   nap

### Címzett laboratórium:

#### Nemzeti Népegészségügyi Központ

Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály  
Retrovírusok Nemzeti Referencia Laboratóriuma  
1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6. vagy  
1437 Pf. 777.

Tel: (1) 476-1100 vagy (1) 476-1126

e-mail: virologia@nnk.gov.hu

*IDE NE ÍRJON!  
VIZSGÁLÓ LABORATÓRIUM  
VONALKÓDJÁNAK HELYE*

### Azonosítási szám anonim szűrővizsgálat esetén:

(Az azonosítási szám a vérvételt végző egészségügyi szolgáltató működési engedélyének számából és a vérvétel dátumából, továbbá a vérvételi napló sorszámából képzett szám).

Az eredeti beküldő intézmény neve: .....

címe (telefon): .....

beküldő kódja:     -  -

A vizsgálatot kérő orvos neve, pecsétszáma: .....

A vizsgálat kezdeményezésének módja: -szűrővizsgálat: önkéntes  kötelező   
-diagnosztikus vizsgálat

A finanszírozás módja: Finanszírozott betegellátás: járóbeteg  fekvőbeteg  fizetős vizsgálat   
Térítésmentes szűrővizsgálat  menekült  egyéb: .....

A verifikálást kérő laboratórium neve: .....

címe, (telefon): .....

beküldő kódja:     -  -

A verifikálást kérő diplomás neve (pecsétszáma):.....

A vizsgálati teszt neve: ..... Mért érték: (OD/Co vagy TV)

Az orvos egyéb közlése:.....  
.....

Dátum:.....

.....  
Alíráás és pecsét

**Megjegyzés:** A vizsgálatra legalább 5 ml natív vérmintát vagy 1 ml vérsavót kérünk jól zárható vérvételi csőben beküldeni. Ennél kevesebb mintából nem tudjuk elvégezni a szükséges vizsgálatokat.