

2. számú melléklet

K É R E L E M

VIZSGÁLATI EREDMÉNY/TERÁPIÁS JAVASLAT
ELEKTRONIKUS ÚTON TÖRTÉNŐ IGÉNYLÉSÉHEZ

1. **Beteg adatai (ellátásban részesült személy):**

Név (születéskori név is):

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím:

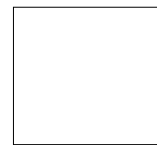
TAJ szám:

2. **Kérelmező kezelőorvos adatai:**

Név (kezelőorvosként viselt név):

Munkahely:.....

Orvosi pecsétszáma és lenyomata:



p.h.

3. **Kérelmező egyéb adatai (amennyiben ilyen módon történik a kapcsolattartás):**

Telefonszám:

E-mail cím:

4. **A kért vizsgálati eredmény és a vizsgálatkérés időpontja:**

.....
.....
.....

Kelt....., 20..... év hó nap

.....
kérelmező orvos aláírása