

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 / Kórházi törzsszám:****Beteg neve:**.....A beteg neme: férfi nő **Anyja neve:**..... **Születési név:**.....**Születési dátum:** **TAJ:****Lakcím (irányítószámmal):**.....**OEP Azonosító típusa:** (Kérem a megfelelőt bekarikázni)TAJ-, egyéb száma nincs :**0**, TAJ száma van: **1**, Képzett TAJ: **2**, Útlevélszám: **3**, Menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma: **5**, 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 rend.:**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 transzfúziók: Igen Nem 3 hónapon belül kapott-e transzfúziót? Igen Nem Korábbi terhességek száma: Volt-e UHB-s újszülöttje? 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, szám:.....

Telefon: (Kérjük kitölteni).....

Kérjük az igénylőlapot nyomtatott nagybetűvel, olvashatóan, pontosan kitölteni!
Az OEP-pel nem szerződött praxisok által kért vizsgálatok térítéskötelesek !

IGÉNYLŐLAP**VÉRKÉSZÍTMÉNY IGÉNYLÉSHEZ, VÉRVÁLASZTÁS KÉRÉSÉHEZ**

(Kérjük, hogy a sürgős igények miatt vegye fel telefonon a kapcsolatot a Vérellátó laboratóriumának illetékesével)

Intézmény neve, azonosítója:.....Beküldő osztály:.....Kórterem/ágy.....

Kórházi törzsszám /Ambuláns naplószám:

Beteg neve:.....

Születési ideje: Leánykori neve:.....

Anyja neve:.....

A beteg neme: férfi nő

Lakhely (irányítószámmal):.....

TAJ:Azonosító típusa: Térítési kategória:

- OEP Azonosító típusa: TAJ-,egyéb száma nincs:0, TAJ száma van:1, 6 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma 2; útlevekszám 3; mendékesigazolványos:5; ismeretlen TAJ-számú elhunyt személy, ismeretlen beteg 6
- OEP Térítési kategória:Fekvőbeteg gyógyintézetbe felvett beteg:06, Ambuláns:01-0E,lásd OEP útmutató
- Európai Unióban biztosított járóbeteg esetén az EU-s biztosítási kártya másolata csatolandó!

Diagnózisok:.....BNO kód:..... BNO kód:**A transzfúzió indikációja:**.....**Vércsoport: ABO:**.....**Rh(D):**.....**Vérminta-vétel ideje (sürgősség esetén óra, perc is):**.....**SÜRGŐSSÉG:** Igen Nem Oka:

Hb:

Korábbi transzfúziók: Igen Nem Korábbi irreguláris antitest Igen Nem 3 hónapon belül kapott-e transzfúziót? Igen Nem Ha igen, mikor?.....Volt-e transzfúziós szövödménye: Igen Nem Volt-e UHB-s újszülöttje? Igen Nem Korábbi terhességek száma:.....

Gyógyszerei:

Vérválasztás és választott vérkészítmény kérése

Kompatibilis vér mennyisége:.....E Mikorra kéri?.....

Különleges vérkészítmény kérése: mosott szűrt irradiált

Dátum:

Telefon(mellék):

Aláírás:

P.H.

Csoportazonos vérkészítmény kérése

A készítmény megnevezése:.....Mennyisége:.....E

Mikorra kéri?.....

Dátum:

Telefon(mellék):

Aláírás:

P.H.

Vérekészítmény kiadás (Országos Vérellátó Szolgálat tölti ki)

A készítmény megnevezése:.....Mennyisége:.....E

A kiadás ideje:

A kiadásért felelős aláírása

P.H.

Transzfuziológiai kezelés:

A készítmény megnevezése:.....Mennyisége:.....E

A transzfúzió ideje:.....Fel nem használt mennyiség.....E

A transzfúziót indikálóorvos:A transzfúziót végző orvos:.....

Dátum:

Aláírás:

P.H.

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax: Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

LELETMÁSOLAT-IGÉNYLŐ LAP
(a leletmásolat térítési díja 500 Ft/lap)

Beteg neve

Születési neve:.....

Születési év, hó, nap:

TAJ száma:

A másolatkérés oka: elveszett: egyéb:

....., 200

A másolatot kérő orvos aláírása, pecsétje:

.....

Igénylés érkeztetése az OVSZ-nél:.....

LELETMÁSOLAT KIADÁSA

A másolat kiadható: nem adható ki: , amennyiben nem adható ki, az igénylő értesítése

személyesen: telefonon: történt.

....., 200.. ..

.....
aláírás

Kiadott leletmásolat azonosítója:.....

....., 200.....

.....
kiadó

Személyes átvétel esetén az igénylő képviselőjének (átvevő) aláírása, pecsétje:

.....
átvevő

....., 200.....

Jelen adatlap az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény előírásainak történő megfelelést is szolgálja.

Intézmény neve:

Címe:

Beküldő osztály:

Tel/Fax:

Beküldő intézmény/osztály azonosító kódja:

ADATLAP ÚJSZÜLÖTTEK, CSECSEMŐK ADATVÁLTOZÁSÁRÓL

Beteg neve (korábbi):

Születési év, hó, nap: TAJ, ideiglenes:

Anyja neve:

Beteg neve névváltoztatás után:

TAJ, új:

A változást igazoló orvos aláírása, pecsétszáma:

Budapest, 200

✂

ADATLAP ÚJSZÜLÖTTEK, CSECSEMŐK ADATVÁLTOZÁSÁRÓL

Beteg neve (korábbi):

Születési év, hó, nap: TAJ, ideiglenes:

Anyja neve:

Beteg neve névváltoztatás után:

TAJ, új:

A változást igazoló orvos aláírása, pecsétszáma:

Budapest, 200