

## SZÉKLET CALPROTECTIN VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Alulírott, kérem a fenti laborvizsgálat elvégzését!

Név: .....

Születési név: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

TAJ: .....

Lakcím: .....

Telefon: .....

Minta: Friss, fél napnál nem régebbi széklet, a gyógyszertárakban forgalmazott széklettartályban.  
Fontos megjegyezni, hogy hasmenés, véres-nyákos széklet nem alkalmas a vizsgálatra, valamint menstruáció alatt ne történjen mintavétel!

Minta átvétel: hétfő-csütörtök 8-9 óráig a laboratóriumban (K épület, 1. emelet)

Vállalási határidő: 1 hét

A vizsgálat ára: 8000 Ft

A vizsgálati díj befizetésének folyamata:

A beteg a pénztárban (C épület, 1. emelet) befizeti a vizsgálat díját. A pénztárban készpénzes számla készül és bevételi bizonylat. A labor csak a pénztári befizetés bizonylatával érkező páciensektől veheti át az anyagot, végezheti el a vizsgálatot, és adhatja ki az eredményt. (Ár: 8000,-Ft/ vizsgálat)

Dátum:.....

Aláírás:.....