

SZÉKLET CALPROTECTIN VIZSGÁLATKÉRŐ LAP

Alulírott, kérem a fenti laborvizsgálat elvégzését!

Név:.....

Születési név:.....

Születés helye, ideje:.....

Anyja neve:.....

TAJ:.....

Lakcím:.....

Telefonszám:.....

Minta:

Friss, fél napnál nem régebbi széklet, a gyógyszerárakban 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: 10000 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.

Dátum:.....

Aláírás:.....