

M E G R E N D E L Ő
MOLEKULÁRIS PATOLÓGIAI VIZSGÁLATOKHOZ

Érvényes: 2009. október 1-től

BETEG ADATAINév:
Születési hely és idő:
Anyja neve:
Lakcím:
Telefon:
E-mail:**VIZSGÁLATOT KÉRŐ ORVOS**Név, Pecsétszám:
Munkahely neve:
Munkahely címe:
Telefon:
Fax:
E-mail:**VIZSGÁLANDÓ MINTA**A minta nyilvántartási száma: A szövettani/citológiai lelet kelte:
A minta típusa: sebészi minta endoszkópos biopszia vékonytű biopszia
 aspirációs citológia egyéb:
A daganat szövettani típusa:
A minta eredete: primer tumor metastasis nyirokcsomó Mintavétel helye:
A szövettani/citológiai leletet aláíró patológus neve, pecsétszáma:
A mintát őrző patológiai osztály/intézet neve és címe:
.....
Telefon: Fax:
 A mintá(ka)t a beteg/közvetlen hozzátartozója KPS/a Diagnosztika megbízottja személyesen veszi át az az(oka)t őrző Patológiai Osztálytól/Intézettől
 A minta(k) a vizsgálatkérő laphoz csatolva lett(ek) minták száma: db
 A mintá(ka)t az az(oka)t őrző Patológiai Osztály/Intézet postai úton küldi meg a KPS Diagnosztika számára**DOHÁNYZÁSI STÁTUSZ**

A dohányzási státusz döntően befolyásolja a markerek előfordulási gyakoriságát

 sosem éve napi szál éve abbahagyta, előtte napi szál**KÉRT VIZSGÁLAT** KRAS mutáció vizsgálat EGFR mutáció vizsgálat Tüdő panel: KRAS+EGFR mutáció vizsgálat**A VIZSGÁLAT INDIKÁCIÓJA** Cetuximab Panitumumab Erlotinib Gefitinib Egyéb:**SZÁMLÁZÁSI ADATOK**Számlázási név: Számlázási cím:
Megrendelő neve, ha az nem a Beteg:**EGYÉB MEGJEGYZÉS**.....
.....

Dátum:

.....
Vizsgálatot kérő orvos aláírása,
pecsétje.....
Megrendelő/Beteg aláírása*

*A kérvényt az annak mellékletét képező Általános Szerződési Feltételek (ÁSZF) elolvasása és megértése után írtam alá.

