

VIZSGÁLATKÉRŐ

NAPLÓSZÁM

(Laboratórium tölti ki)

Kórokozó kimutatás (PCR)

 Borrelia burgdorferi (csak kullancsból)

DÍJFIZETÉS

Alulírott kérem a vizsgálat elvégzését és vállalom, hogy a vizsgálat díját, **8.700 Ft**-ot az Istenhegyi Géndiagnosztika Kft. K&H Banknál vezetett **10401093-50526649-72721002** számú számlaszámára átutalom. Tudomásul veszem, hogy az eredmény kiadásának feltétele a vizsgálati díj befizetése. Lehetőség szerint az átutalási bizonylat másolatát kérjük mellékelni.

 Egészségpénztári számlát kérek

Egészségpénztár neve: _____

Kedvezményezett neve: _____

Tagazonosító: _____

Név: _____

(vizsgált személy)

TAJ: _____

(egyértelmű azonosításhoz)

Nem: nő férfi

Születési dátum: _____

Levelezési cím: _____

irányítószám

település

utca, házszám

Telefonszám: _____

E-mail: _____

Beküldött kullancs darabszám: _____

(az egy kérőlappal érkező kullancsokat egyben vizsgáljuk, pozitivitás esetén nem tudjuk megmondani melyik volt fertőzött)

kullancs-csípés - ideje: _____ földrajzi terület: _____ bőrtünet: _____

Megjegyzés: _____

TÁJÉKOZTATÓ KULLANCS VIZSGÁLATHOZ - A kullancsot laboratóriumi vizsgálatnak vetjük alá, mely során kiderül, hogy tartalmaz-e **Lyme-kórt okozó baktériumot**. Ez az eredmény nem diagnosztikus értékű, azaz egy negatív eredmény nem zárja ki a fertőzés lehetőségét, és egy pozitív eredmény sem jelenti, hogy biztosan Lyme-kóros lesz. A pozitív eredmény nem helyettesíti a többi vizsgálatot, önmagában nem igényel antibiotikus kezelést! **A vizsgálat nem mutatható ki, hogy a kullancs fertőzött volt-e agyvelőgyulladás okozó vírussal, illetve egyéb kórokozóval.**

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott hozzájárulok ahhoz, hogy tőlem az adott vizsgálat elvégzéséhez mintát vegyenek, a mintámat, a személyazonosító adataimat, illetve a vizsgálatnál kapott adatokat együttesen, a vonatkozó adatvédelmi jogszabályoknak megfelelően tárolják.

A mintavétel előtt tájékoztatást kaptam a mintavétel céljáról, a vizsgálat elvégzésének vagy elmaradásának előnyeiről és kockázatairól, az eredményeknek a magam és hozzátartozóimat érintő esetleges következményeiről.

Az eredményt e-mailen kérem postai úton kérem személyesen veszem át.

(A megfelelőt kérjük jelölje). Az e-mail címetek az elvárható legnagyobb gondossággal kezeljük, cégcsoportunk azonban nem vállal felelősséget az üzenet teljes és pontos címzetthez történő - eljuttatásáért, valamint semmilyen késésért, kapcsolat megszakadásból eredő hibáért, vagy az információ felhasználásból, vagy annak megbízhatatlanságából eredő kárért. Az e-mail továbbítást annak tudatában kérem, hogy az interneten e-mailben történő adatküldés nem teljesen biztonságos és a lelet bizalmas egészségügyi információkat tartalmaz.

Személyes átvételre jogosultak neve: _____

Dátum: _____

érintett, illetve törvényes képviselő aláírása

Minta típusa:

A minta 1 héten belül kerüljön feldolgozásra. Az azonosításhoz 2 db egyedi azonosító használata kötelező.

Kullancsok: postai küldés esetén légpárnás borítékba helyezett kis fiolában, leragasztott papírtasakban

MINTABÉÉRKEZÉS (Istenhegyi Géndiagnosztika laboratórium tölti ki)

A minta a kért vizsgálat elvégzésére alkalmas. A kérőlap megfelelően kitöltött. A mintán és a kérőlapon szereplő azonosítók egyeznek.

igen

nem

Dátum, időpont: _____ Átvevő aláírása: _____