Szent Margit Rendelőintézet	**Szent Margit Rendelőintézet antigén alapú gyorsteszthez vizsgálatkérő lap**	Telefon: +36 30 477 9546

Név:		**Beteg TAJ_száma:** _ _ _ - _ _ _ - _ _ _	
Születéskori név:		**Születési dátum:**	
E-mail cím:		**Telefon:**	
Anyja neve:		**Állampolgárság:**	
Lakcíme:	**irsz.**	**Helység**	**utca** **hsz**
Neme: ♂ **ffi** ♀ **nő**		**Beküldői azonosító:**	
Mintavétel dátuma, időpontja:	**év**	**hónap**	**nap** **óra** **perc**
Számlázási név:			
Cím:			
Adószám:			

Mintavételi hely: Szent Margit Rendelőintézet, 1039 Budapest, Csobánka tér 6.

A mintavétel orr-garatból történt.

Kért vizsgálat: SARS-COV2 vírus kimutatása antigén gyorsteszttel. A teszt gyártmánya:

Páciens aláírása

Változat: 2020.07.31.