Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Cs Csoportos vizsgálatkérő lap kórházhigiénés környezeti bakteriológiai vizsgálatokhoz

Címzett laboratórium:

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
Mikrobiológiai Referencia Laboratóriumi Főosztály
cím: 1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6. **vagy**
1437 Pf. 777. Tel: (1) 476-1100
Bakteriológia: bakteriologia@nngyk.gov.hu

A vizsgálatot ELRENDELŐ intézmény, neve, címe, telefon:

A vizsgálatot KÉRŐ intézmény, neve, címe:

Beérkezés időpontja:

Átvette:

Beküldő intézmény kódja:

☐☐☐☐ ☐ ☐☐☐☐

A vizsgálat helyszíne (intézmény/osztály):……

Vizsgálatot kérő/kapcsolattartó (név):……..

telefonszám:+36-……/…….. email cím:…….....

A kért vizsgálat megnevezése/mintavétel célja:……

Mintát vevő személy:……..……

Mintavétel ideje:..……..év ……hó ……nap

Mintavételi módszer:……..……

Sorszám	Mintavételi helyiség megnevezése	A minta vételének helye	Minta azonosító/megnevezés

MEGJEGYZÉS: Mintavételi irányelvünket és szolgáltatásjegyzékünket megtalálja az intézet honlapján (www.nnk.gov.hu). A felsorolásban nem szereplő vizsgálat kérése esetén konzultáljon a laboratóriummal. A vizsgálati anyag feldolgozásra alkalmatlan (vagy csak korlátozottan alkalmas) ha az anyag vétele/tárolása/szállítása nem a megfelelő módon történt. A laboratórium nem dolgozza fel a vizsgálati mintát, ha a kísérőlap olvashatatlan, illetve ha a mintán és a kísérőlapon szereplő azonosító jelzések nem egyeznek.