

**VIZSGÁLATOT VÉGZŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ:**

OVSz Szegedi Regionális Vérellátó Központ  
Transzfuziológiai szakrendelés (cím: 6721 Szeged,  
Somogyi utca 2. Intézményi azonosító kód: 016426122)

Területi ellátásra kötelezett: igen ☐ nem ☐

9. sz. adatlap

**IGÉNYLŐLAP**  
leletmásolat kiadásához\*

**IGÉNYLŐ INTÉZMÉNY** (intézmény/osztály neve, címe, telefonszáma): .....

..... Intézményi azonosító kód: ☐☐☐☐☐☐☐☐

**BETEG** neve: ..... Születési év, hó, nap: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

Születési neve: ..... TAJ: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Anyja neve: ..... Neme: férfi ☐ nő ☐

Lakcíme: ☐☐☐☐ .....

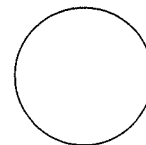
**VIZSGÁLAT(OK)** megnevezése: .....

Elvégzésének ideje: .....

A másolatkérés oka: .....

Kelt: ....., 20 .....

A másolatot kérő orvos aláírása, pecsétje: .....



Igénylés érkeztetése az OVSZ-nél: .....

A másolat kiadható: ☐ nem adható ki: ☐

Amennyiben nem adható ki, az igénylő értesítése személyesen ☐ telefonon ☐ történt.

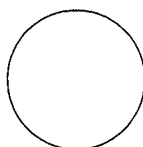
Dátum: .....  
.....  
aláírás

Kiadott leletmásolat azonosítója: .....

Dátum: .....  
.....  
aláírás

Személyes átvétel esetén az igénylő képviselőjének (átvevő) aláírása, pecsétje:

Dátum: .....  
.....  
átvevő



\* a leletmásolat térítési díja 500 Ft/lap