

**DIMENZIÓ Egészségpénztár**1395 Budapest, Pf.: 433. ■ E-mail: epinfo@dimenziocsoport.hu ■ Fax: (1) 472 3240

■ Zöldszám: 06 80 201 418

a DIMENZIÓ Csoport tagja
www.dimenziocsoport.hu**VIZSGÁLATKÉRŐ LAP****Beteg adatai**

| | | | |
|--------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| Beteg neve: | | | |
| Egészségpénztári tagazonosító: | | | |
| Szül. idő: | TAJ: | | |
| Tagazonosító: | | | |
| Postázási cím: | □□□□ | | |
| Telefon/fax*: | E-mail*: | | |
| Értesítés módja: | <input type="checkbox"/> E-mail | <input type="checkbox"/> SMS | <input type="checkbox"/> Fax |
| Befizetés megtörtént | <input type="checkbox"/> csekken | <input type="checkbox"/> átutalással | <input type="checkbox"/> zárolással |
| Számla kiállítását kérem: | <input type="checkbox"/> saját nevemre | <input type="checkbox"/> alábbi egészségpénztár részére | |
| Egészségpénztár neve: | Zárolás azonosító: | | |
| Címe: | □□□□ | | |

Vizsgálatkérő orvos adatai

| | | | |
|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Orvos neve: | Pecsétszám: | | |
| Mobil telefonszám/fax*: | E-mail*: | | |
| Intézmény neve: | | | |
| Orvos postázási címe: | □□□□ | | |
| Értesítés módja: | <input type="checkbox"/> E-mail | <input type="checkbox"/> SMS | <input type="checkbox"/> Fax |

Klinikai információk

| | | | | | | |
|------------------------------|----|----|-----|-----|------|-------------------|
| Biopsziás minta megnevezése: | | | | | | |
| Mintavétel ideje: | év | hó | nap | óra | perc | Minta darabszáma: |
| Iránydiagnózis: | | | | | | |

Klinikai adatok:

Kérjük, valamennyi adatot olvashatóan kitölteni szíveskedjenek! A*-al jelölt pontokban a „nincs” szó beírása is elfogadható válasz, de legalább egy elérhetőség szükséges!! Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a hibásan, vagy hiányosan megadott adatok esetén a késedelmes adattovábbításért nem vállalunk felelősséget!

Betegtájékoztató és nyilatkozat

A 24 órán belül eredményt szolgáltató szövettani vizsgálatot a Semmelweis Egyetem alapította Semmelweis Egészségügyi Kft. végzi.

A biztos diagnózis érdekében minden szövettani vizsgálatot két patológus szakorvos véleményez, szükség esetén a legmagasabb szintű kiegészítő vizsgálatokkal támasztják alá a pontos diagnózist.

Amennyiben a szövetszövetminta az adott munkanapon déli 12 óráig eljut a budapesti mintavételi helyszínre valamelyikére, úgy a vizsgálat eredményéről a következő munkanap 12 óráig értesítést kap a kezelőorvosa, és erről a tényről Ön is SMS/e-mail értesítést kap. Ezután Ön orvosát megkeresve tőle személyesen kapja meg az eredményt.

Amennyiben további vizsgálatokat igénylő problémáról van szó, a fentiek szerint értesítést kap a kezelőorvosa a vizsgálat eredményéről és további lehetséges menetéről. Az üzenetek elküldését követően az írásos lelet a számlával együtt az Ön által megadott címre kerül kipostázásra.

Mintaátvételi helyszínek:

Semmelweis Egészségügyi Kft.
SE I.sz. Patológiai és Kísérleti
Rákkutató Intézet
1085 Budapest Üllői út 26.

Semmelweis Egészségügyi Kft.
Kútvölgyi Klinikai Tömb
Patológiai Osztály
1125 Budapest Kútvölgyi út 4.

A minták leadhatók munkanapokon:

hétfő - csütörtök 8-16 óra
péntek 8-13 óra

(csak a 12 óráig beérkezett minta eredménye készül el következő munkanap 12 óráig)

Az általam kért gyorsabb diagnózist a Semmelweis Egészségügyi Kft. keretében végeztetem el, ezt azonban az OEP nem finanszírozza.

- A vizsgálat 25.000.- Ft-os díját vállalom. Tudomásul veszem továbbá, hogy akár a gyorsított, akár a rutin (OEP finanszírozott) eljárást választom, az érdemben nem befolyásolja a betegség kimenetelét.
- Tudomásul veszem, hogy a beleegyező nyilatkozat aláírásával lemondok arról, hogy a szövettani vizsgálatokat OEP finanszírozott keretek között végeztessék el, tehát a mintát a mintavevő orvosnak visszavenni nem áll módjában.
- Tudomásul veszem, hogy a Semmelweis Kft. csak a munkanapokon déli 12 óráig beérkezett minták esetében tudja vállalni a vizsgálat elvégzését a következő munkanap déli 12 óráig.
- Tudomásul veszem, hogy a szövetszövetminta mintavételi hely és leadási hely között történő elvesztéséért, sérüléséért a Semmelweis Kft nem vállal felelősséget.

Kijelentem, hogy a mintát vevő orvos megfelelően tájékoztatott a vizsgálat részleteiről, menetéről. Jelen betegtájékoztatót elolvastam, megértettem. Ezeket aláírásommal igazolom.

Ön és kezelőorvosa részére telefonos ügyeletet és felvilágosítást adunk munkanapokon 8 és 18 óra között a következő telefonszámon: 06/20 663-2579.

Kelt,

.....
Orvos (pecsét)

.....
Beteg aláírás

