

KÖLTSÉGTÉRÍTÉSES VÉRCSOPORT VIZSGÁLATI KÉRŐLAP

PTE KK MOHÁCSI KÓRHÁZ VÉRADÓ

Cím: 7700 Mohács, Véradó utca 4. Tel: (69) 511-193 (közvetlen szám)

BETEG NEVE: TÉRÍTÉSI KATEGÓRIA: 4 EGYÉB

BETEG SZÜLETÉSI DÁTUMA: [][][][] [][] [][] TAJ: [][][]-[][][]-[][][]

LAKCÍM: [][][][] TELEFONSZÁM:

☐ Vérvétel 1000 Ft

☐ Vércsoport 25673 Ft

Kijelentem, hogy az általam kért **költségtérítéses** vércsoport meghatározással kapcsolatban teljes körű és részletes tájékoztatást kaptam.

Tájékoztatást kaptam a vizsgálat térítési díjáról, melyet a kórház pénztárában a vizsgálat elvégzése előtt kell befizetnem. Tudomásom van arról, hogy a mintavétel szövödményekkel járhat. Kihasználok a vérvétel után számomra biztosított 3–5 percet, amelyet azzal töltök, hogy a tűszúrás helyét a kapott vattával nyomva tartom, ezzel biztosítom a további vérzés megállítását és csökkentem a kockázatát a későbbi duzzanat kialakulásának.

Mohács, 202 _ . évhó.....nap

.....

Beteg aláírása

Az árak forintban értendők. Az árváltozás jogát fenntartjuk. Érvényes 2028.12.31-ig. v.19.v