*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.