



VIZSGÁLATKÉRŐLAP

SARS-CoV-2 IgG ANTITEST MEGHATÁROZÁSÁHOZ (S – protein elleni IgG)

NÉV:

SZÜLETÉSI IDŐ:

TAJ:

LAKCÍM:

TELEFONSZÁM:

E-MAIL CÍM:

ÁTESETT–E COVID BETEGSÉGEN? igen (mikor?) nem

COVID ELLENI VÉDŐOLTÁST KAPOTT? igen (mikor?) nem

COVID ELLENI VÉDŐOLTÁS TÍPUSA:

A MINTAVÉTEL IDŐPONTJA:

A VIZSGÁLATI DÍJ: 8000 Ft

A VIZSGÁLATI DÍJ BEFIZETÉSE:

- Csekken
- Átutalással - számlaszám: 10036004-00317928-00000000
- Helyben a Kórházi Pénztárban

A vizsgálat elvégzéséhez minden esetben szükséges a befizetés igazolását a Laboratóriumban leadni.

- A különböző gyártóktól származó tesztekkel kapott ellenanyag-szint-eredmények a módszerek különbözősége és a használt reagensek eltérő specificitása miatt eltérőek lehetnek.

- A kvantitatív teszteredmények alapján nem lehet a védő immunitás vagy az ismételt fertőzéstől való védelem mértékeit meghatározni.

IGÉNYLŐ ALÁÍRÁSA: