

Sıra No :

GÖNDEREN KURUM :

Gönderen Tarihi :...../...../.....

Gönderen Saati :...../...../.....

TEST İSTEM FORMU



Esat Caddesi No: 22/A Kavaklıdere Çankaya / ANKARA
Tel: +90 312 322 99 99 • www.alab.com.tr

S. No	Hastanın Adı Soyadı	Numunenin alındığı tarih ve saat	Doğum Tarihi Cinsiyeti	T.C. Kimlik No	İstenen Tetkikler	Klinik Bilgi Klinik Tanı Gebelik Kullanılan İlaçlar vs.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Not: Lütfen hasta ile ilgili gerekli olabilecek belgeleri veya hekim notlarını ilave ediniz.