

NÁVRH NA HYPERBARICKÚ OXYGENOTERAPIU

Číslo zdravotnej poisťovne:

Zdravotnícke zariadenie:

Oddelenie:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Diagnóza: slovom:

Zdôvodnenie žiadosti:

.....
.....
.....
.....
.....

Navrhovaný počet expozícií: Počet sérií:

Dátum:

.....

podpis lekára

Odpoveď prosím odfaxujte na fax: 055/7234 617. V prípade akýchkoľvek otázok sa obráťte na čísla 055/7234 614. Ďakujeme.

Vyjadrenie revízneho lekára:

Dňa:

.....

podpis a pečiatka lekára