

## Beutaló egynapos sebészeti beavatkozásra és aneszteziológiai ambulanciára

/KÉREM OLVASHATÓAN KITÖLTENI/

Beutaló szakrendelés 9 jegyű azonosítója:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beutaló orvos 5 jegyű azonosítója:

--	--	--	--	--

Ellátás tényét igazoló naplósám:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÉV: \_\_\_\_\_

SZÜLETÉSI NÉV: \_\_\_\_\_

ANYJA NEVE: \_\_\_\_\_

SZÜLETÉSI HELY: \_\_\_\_\_, IDŐ: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TAJ szám:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

LAKCÍM: \_\_\_\_\_

TELEFON: 06 - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / 06 - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hozzá tartozó /Értesíthető:

Neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_

Telefon: 06 - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / 06 - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Előző betegségek:.....

Műtétek:.....

Gyógyszerei:.....

.....

Allergia:.....

Anamnézis:.....

.....

Státusz:.....

Dg.:										BNO:					
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--

Tervezett OENO kód: 

--	--	--	--	--

L. 

N.
----

Tervezett érzéstelenítés: .....

Tervezett időpont: 202.... év - ..... hó - .....nap

Beavatkozás időtartalma: ..... perc

Operáló orvos neve (amennyiben nem egyezik a kezelőorvossal): .....

Szigetszentmiklós, 202\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ .....  
kezelőorvos aláírása és p.h.