## 

**ŽÁDOST O DODÁNÍ OČNÍ TKÁNĚ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objednatel**  Adresa:  Kontaktní osoba:  Telefon:  E-mail: | | **Místo pro nalepení štítku pacienta** |
| **Jméno pacienta** | **RČ pacienta** | **ZP pacienta** |
| **Diagnóza** | **Datum operace** | **Druh operace** |
| **Jméno operátora** | **Způsob zajištění přepravy tkáně** | |
| **Typ tkáně**   * ŠTĚP ROHOVKOVÝ PRO KERATOPLASTIKU * LAMELA ROHOVKOVÁ PRO DMEK * LAMELA ROHOVKOVÁ PRO DALK * ROHOVKOVÁ LENTIKULA | | |

**Datum:** …………….. **Podpis a razítko:**………………………………