##

**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:**………………………………