

ŽÁDOST O DODÁNÍ OČNÍ TKÁNĚ

| | | |
|---|--|---|
| Objednatel <u>Adresa:</u> <u>Kontaktní osoba:</u> <u>Telefon:</u> <u>E-mail:</u> | | Místo pro nalepení štítku pacienta |
| Jméno pacienta | RČ pacienta | ZP pacienta |
| Diagnóza | Datum operace | Druh operace |
| Jméno operátora | Způsob zajištění přepravy tkáně | |
| Typ tkáně <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ŠTĚP ROHOVKOVÝ PRO KERATOPLASTIKU <input type="checkbox"/> LAMELA ROHOVKOVÁ PRO DMEK <input type="checkbox"/> LAMELA ROHOVKOVÁ PRO DALK <input type="checkbox"/> ROHOVKOVÁ LENTIKULA | | |

Datum:

Podpis a razítko:.....