

ODPORÚČANIE NA DIAGNOSTICKO-LIEČEBNÝ POBYT do Národného ústavu detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n. o. Dolný Smokovec

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:

Školský ročník:

Sprievodca:

áno – nie

Adresa:

Kód poisťovne:

Meno a priezvisko zákonného
zástupcu:

Telefónny kontakt:

E-mail zák. zástupcu:
(prosíme ČITATEĽNE)

Preferovaný termín nástupu:
(nepovinný údaj)

Preferovaný typ ubytovania – vyberte kategóriu:
(nepovinný údaj,
bližšie informácie o ubytovaní na www.nudtarch.sk)

A B C D

Údaje z anamnézy, dispenzár v odborných ambulanciách:

Kožné testy / špecifické IgE (záver a dátum vyšetrenia, ak bolo realizované):

Diagnózy (MKCH kód, aj slovom):

Terajšia liečba:

Dôvod odoslania:

.....
Dátum

.....
Kód odosielajúceho PZS a lekára

.....
Podpis a pečiatka odosielajúceho lekára