

ŽIADANKA O DODANIE ĽUDSKÉHO TKANIVOVÉHO TRANSPLANTÁTU PRE POUŽITIE V OFTALMOLÓGII

Objednávateľ			
Pracovisko objednávateľa			
Adresa pracoviska			
Meno a priezvisko pacienta			
Rodné číslo		ZP (kód)	
Indikácia k operácii – diagnóza (+ kód diagnózy podľa MKCH)		Poradie plánovanej transplantácie	
Druh operácie			
Predpokladaný dátum operácie			
Meno lekára žiadajúceho transplantát			
Spôsob zaistenia dopravy			

DRUH POŽADOVANÉHO TRANSPLANTÁTU	
☐ rohovkový štep pre PKP	☐ sklerálny štep – celá skléra ☐ sklerálny štep – ½ ☐ sklerálny štep – ¼
Špeciálne požiadavky operátora na transplantát	

Dátum	Pečiatka a podpis lekára