Návrh na ústavnú kúpeľnú liečbu

Pre: Slovenské liečebné kúpele Turčianske Teplice a.s.

PACIENT		ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA / SPRIEVODCA
Priezvisko a meno		
Rodné číslo	tel.:	tel.:
Adresa trvalého pobytu	PSČ:	PSČ:

Vedľajšie diagnózy:

Hlavná diagnóza slovom:

Navrhol,dátum, pečiatka, podpis ošetrujúceho lekára

LEKÁRSKA SPRÁVA (je možné ju nahradiť inou lekárskou správou zariadenia, ak obsahuje požadované údaje)

Anamnéza a terajšie ochorenie:

Laboratórne a doplňujúce vyšetrenia (nepovinný údaj):

Objektívny nález so zhodnotením funkčného stavu:

Podpis pacienta (zákonného zástupcu)