

Žádanka k podání infuze v EUC Klinika Liberec s.r.o.

Jméno a příjmení pacienta: _____ Rodné číslo: _____

Kód pojišťovny: _____ Diagnóza: _____

Alergická anamnéza: _____ Důvod podání infuze: _____

Bolestivé stavy

Varianta 1

Varianta 2

Varianta 3

Varianta 4

Varianta 5

Varianta 6

Varianta 7

Vitaminová podpora organismu**Exacerbace dušnosti****Vasodilatační infuze**

Jiná výše neuvedená ordinace infuze - rozepište složení: _____

Délka podání infuze: _____ Počet aplikací a interval: _____

Podpis, razítko s IČP a tel. kontaktem: _____

Datum: _____