PŘÍLOHA 3

NEMOCNICE PÍSEK

Ortopedicko-traumatologické oddělení .

POTVRZENÍ O PŘIJETÍ / NEPŘIJETÍ TERMÍNU OPERACE

Termín operace _____ přijímám: ***ANO*** ***NE*** **správné zakroužkujte**

Jméno a příjmení : _____ Pojišťovna: _____

Rodné číslo: _____

Adresa: _____ Telefon: _____

Strana kyčle: levá pravá správné zakroužkujte

Strana kolena: levá pravá

Datum: Podpis: