

Žádost o předoperační vyšetření

Klient/-ka:

Datum nar.:

Výkon: kožní chirurgie v lokální anestezii

Prosíme o provedení předoperačního vyšetření k výše uvedenému chirurgickému výkonu. Vyšetření by mělo obsahovat následující informace:

- KO + diff.
- APTT, INR
- amyláza celková
- upozornění na alergie
- EKG + popis
- PSA

Všechna vyšetření nesmí být starší než 4 týdny před výkonem. Výsledky prosíme odevzdat v PANACEA HAIR CLINIC, s. r. o., Praha, co nejdříve před plánovaným výkonem (osobně, poštou, mailem, faxem). Děkuje.

V Praze dne

prim. MUDr. Peter Hajduk

ředitel kliniky

v. r.