

Név:	#!NEV;
Születési hely, idő:	#!BSZULHELY; #!SZULIDO; (#!BELETKORA; éves)
Anyja neve:	#!BANYJANEVE;
Lakcím:	#!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;
Törzsszám:	#!TORZSSZAM;
TAJ:	#!TAJ_TAGOLT;

Egynapos sebészeti környezeti felmérő lap

Meg tudja Ön oldani a Kórházba szállítását?

IGEN / NEM

Van olyan családtagja, rokona, ismerőse, aki be tudja Önt kíséni a kórházba?

IGEN / NEM

Meg tudja Ön oldani az otthonába szállítását?

IGEN / NEM

Van olyan családtagja, rokona, ismerőse, aki haza tudja Önt kíséni a kórházból?

IGEN / NEM

Átlagos közlekedési körülmények között gépkocsival 30 percnél rövidebb idő alatt be lehet az Ön lakhelyéről érni a Kórházba?

IGEN / NEM

Kérjük adja meg annak a nagykorú hozzátartozójának, rokonának, ismerősének nevét és telefonszámát, aki Önt hazakíséri a kórházból:

Név:

Kapcsolat:

Telefonszám:

Van olyan családtagja, rokona, ismerőse, aki az Ön otthoni ápolását, gyógykezelését a műtét után 48 órán keresztül folyamatosan el tudja látni?

IGEN / NEM

Kérjük adja meg annak a nagykorú hozzátartozójának, rokonának, ismerősének nevét és telefonszámát, aki az Ön otthoni ápolását 48 órán keresztül fogja folyamatosan végezni:

Név:

Kapcsolat:

Telefonszám:

Amennyiben nem rendelkezik Ön gépkocsival, van olyan hozzátartozója, rokona, ismerőse, aki be tudja Önt szállítani a kórházba?

IGEN / NEM

Kérjük adja meg annak a nagykorú hozzátartozójának, rokonának, ismerősének nevét és telefonszámát, aki szükség esetén Önt a kórházba tudja szállítani:

Név:

Kapcsolat:

Telefonszám:

Amennyiben másként nem tudja megoldani, úgy szükség esetén tudja Ön, vagy a felügyeletét végző személy az Országos Mentőszolgálatot tudja értesíteni?

IGEN / NEM

Alulírott, kijelentem, hogy fenti kérdésekre adott válaszaim mindenben fedik a valóságot, egyéb olyan információ, mely káros irányban befolyásolhatja gyógykezelésem eredményességét, nem áll rendelkezésemre:

Miskolc, #!AKTDATUM;

.....

A beteg aláírása