

Verifikační protokol

Údaje o pacientovi:

Jméno pacienta.....

(titul, jméno, příjmení)

Rodné číslo..... /

Bydliště.....

Číslo zdravotní pojišťovny.....

(nutné vyplnit čitelným písmem, nebo nalepit štítek pacienta s osobními údaji)

Plánovaný výkon:

Strana	Pravá	Levá	Podpis
Pacient			
Ošetřující lékař			
Anesteziolog			

Zaškrtněte křížkem operovanou stranu.

Na obrázku označte operované místo

