

tel.: 251 116 600 a volba č. 2, fax: 251 116 616

 e-mail: hospitalizace.rkm@mediterr.cz

DOTAZNÍK
PRO ŽADATELE O NÁSLEDNOU REHABILITAČNÍ PÉČI
PO OPERACI TEP

| | |
|-----------------------------|--|
| Jméno + Příjmení | |
| Adresa | |
| Datum narození /Rodné číslo | |
| Telefon/Email | |
| Pojišťovna | |

| | |
|---|--|
| Místo operace | |
| Datum operace | |
| Typ operace (kyčelní kloub / koleno strana pravá/levá) | |
| Jméno operujícího lékaře | |
| Volba ubytovacích služeb <small>*nabídka uvedena na webu RKM</small> | |
| Výška (cm) /Hmotnost (kg) | |
| Uvedte Vaši současnou mobilitu (předoperační stav) | <input type="checkbox"/> Plně mobilní <input type="checkbox"/> Mobilní o 2 francouzských holích <input type="checkbox"/> Invalidní vozík |
| Přítomnost kardiologických implantátů | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Léčíte se s nějakým závažným onemocněním? | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO - prosím napište s jakým: |

Dne: _____ Podpis (razítko) _____