

NÁVRH NA DIAGNOSTICKO-LIEČEBNÝ POBYT **do Národného ústavu detskej tuberkulózy a respiračných chorôb, n. o. Dolný Smokovec**

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:

Trieda:

Sprievodca:

áno – nie

Adresa:

Kód poisťovne:

Meno a priezvisko zákonného
zástupcu:

Telefónny kontakt:

Z anamnézy a výsledkov odborných vyšetrení:

Kožné testy / špecifické IgE (záver a dátum vyšetrenia, len ak bolo realizované):

Diagnózy (hlavná aj číslom a slovom):

Terajšia liečba:

Dôvod odoslania:

.....
Dátum

.....
Kód odosielajúceho PZS a lekára

.....
Podpis a pečiatka odosielajúceho lekára