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

e-mail: hospitalizace.rkm@mediterra.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 / kolenostrana pravá/levá) |  |
| Jméno operujícího lékaře |  |
| Volba ubytovacích služeb\*nabídka uvedena na webu RKM |  |
| Výška (cm) /Hmotnost (kg) |  |
| Uveďte Vaši současnou mobilitu (předoperační stav) | [ ] Plně mobilní[ ] Mobilní o 2 francouzských holích[ ] Invalidní vozík |
| Přítomnost kardiologických implantátů | [ ] ANO[ ] NE |
| Léčíte se s nějakým závažným onemocněním? | [ ] NE[ ] ANO – prosím napište s jakým: |

Dne: Podpis (razítko)