rehabilitační klinika MALVAZINKY

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 / koleno, strana pravá/levá)	
Jméno operujícího lékaře	
Volba ubytovacích služeb *nabídka uvedena na webu RKM	
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)_____