

אל: בית חולים מרב מרכז רפואי

מאת: _____

תאריך: _____

1. שם המטופל: _____

ת.ז. המטופל: _____ גיל / שנת לידה: _____

מספר טלפון של המטופל/מלווה: _____

גורם משלם: _____

2. שם הניתוח: _____ קוד ניתוח: _____

תאריך הניתוח: _____

שעת התחלת הניתוח: _____

סוג הרדמה: _____

נדרש טרום ניתוח: כן/לא

נדרש סוג והצלבה: כן/לא

ציוד מיוחד נדרש לניתוח (מישתלים, דבקים, טכנולוגיות מיוחדות):

האם על בית החולים לדאוג לרופא עוזר: כן/לא.

נדרש הכנסת אורח לחדר ניתוח: כן/לא. הסיבה: _____

3. מספר לילות אשפוז: _____

תרופות מיוחדות / ציוד מיוחד נדרש במחלקת אשפוז: _____

4. שכ"ט רופא לגביה: _____

5. הערות:

**במידה והמטופל אמור להשתחרר במהלך השבת והוא הינו שומר שבת יש לציין שחרור במוצ"ש.

חתימה וחותמת