

Mentési utalvány

Beteg neve: _____

Született:

--	--	--	--	--	--	--	--

TAJ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cím: _____

Dg: _____ BNO:

--	--	--	--	--

Terápia: _____

Várható igény: _____

HONNAN: _____

HOVA: _____

Helybiztosítás: _____

Sürgősség: **azonnal** **2ó** **őrzött**

Módja: **mentőgk** **eset** **roham**

Kíséret: **ápoló** **mt** **orvos**

Megrendelő pecsét száma:

--	--	--	--	--

Szolgáltató:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dátum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

p.h. _____

Mentési utalvány

Beteg neve: _____

Született:

--	--	--	--	--	--	--	--

TAJ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cím: _____

Dg: _____ BNO:

--	--	--	--	--

Terápia: _____

Várható igény: _____

HONNAN: _____

HOVA: _____

Helybiztosítás: _____

Sürgősség: **azonnal** **2ó** **őrzött**

Módja: **mentőgk** **eset** **roham**

Kíséret: **ápoló** **mt** **orvos**

Megrendelő pecsét száma:

--	--	--	--	--

Szolgáltató:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dátum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

p.h. _____