



## ZAHTJEV ZA PREMJEŠTAJ NA PULMOLOŠKI ODJEL

Ime i prezime:

Datum rođenja:

Dijagnoze:


Indikacija za nastavak bolničkog liječenja:


Pacijent je na terapiji kisikom: DA (protok \_\_\_l/min)    NE

Izolirani mikroorganizmi:

Potrebna izolacija: DA    NE

Terapija kod premještaja:


Naziv ustanove iz koje se traži premještaj:

Kontakt osoba i broj telefona:

*Uz zahtjev priložiti kratku epikrizu i klinički status pacijenta.*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Potpis i faksimil liječnika koji traži premještaj