



SPECIJALNA
BOLNICA ZA
PLUĆNE BOLESTI
ZAGREB, ROCKEFELLEROVA 3

OIB 75982310877
Reg. 3118159607
M.B. 0998796

ravnateljstvo tel. +385 1 468 4401
web. www.pulmologija.hr
IBAN HR1424020061100958118

tel. +385 1 468 4400
fax +385 1 461 2247
mail. bolnica@pulmologija.hr

ZAHTJEV ZA PRIJEM 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