



Napotnica za konziliarni pregled/mnenje

Prostor za nalepko pacienta

(oddelek)

(soba)

(telefonska številka kontaktne osebe)

OBKROŽI:

Stopnja nujnosti:

1. HITRO (24 h)
2. REDNO (72 h)

Oblika pregleda:

1. PREGLED
2. MNENJE

Delovni čas:

1. REDNI
2. NZV

KONZILIARNI ZDRAVNIK:

KLINIČNO VPRAŠANJE:

IZVIDI:

Sobni/odgovorni zdravnik:

(žig in podpis)

Odgovorni specialist:

(žig in podpis)

Datum in ura:



IZVID KLINIČNEGA PREGLEDA:

DIAGNOZA: _____

ŠIFRA DIAGNOZE PO MKB: _____

OPRAVLJEN KLINIČNI POSTOPEK: _____

ŠIFRA KLINIČNEGA POSTOPKA: _____

Zdravnik:

(žig in podpis)

Datum in ura:
