

Meno a odborná špecializácia odosielajúceho lekára

Alergická anamnéze pacienta

Diagnóza pacienta MKCH

Detailný rozpis požadovanej inúžnej terapie

Požadovaný počet podaných infúzií a ich periodicita v dňoch

PO	UT	ST	ŠT	PI

Dátum, pečiatka a podpis odosielajúceho lekára

Potvrdenie o podaní požadovanej infúzie

Poradové číslo	Dátum	Čas ukončenia infúzie	Pečiatka podpis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			