

# Žádanka na infuzní terapii

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Kód pojišťovny:

Diagnóza:

Alergie:

## **Analgetické infuze:**

Varianta 1:

Varianta 2:

Varianta 3:

Varianta 4:

Varianta 5:

Varianta 6:

## **Vasodilatační infuze:**

## **Regenerace organismu:**

## **Diabetická neuropatie:**

## **Jiná neuvedená infuze - rozepsat:**

Délka podání infuze:

Počet aplikací a interval:

Datum:

Podpis, razítko s IČP a tel. kontaktem:

Přiložit kopii lékařské zprávy.