



BUDAPEST FŐVÁROS
KORMÁNYHIVATALA

Donáció igazolás
élő személy testéből szerv, illetve szövet adományozása kapcsán nyújtott
egészségügyi szolgáltatásról
(egészségügyi szolgáltató tölti ki)

Egészségügyi szolgáltató neve:	
Az osztály neve:	
Finanszírozási azonosítója:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kezelőorvos neve:	
Pecsétszáma:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Donor TAJ száma:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Születési ideje:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
A felvétel időpontja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
Kórházi törzsszám:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Beavatkozást indikáló diagnózis kódja (BNO):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
A végzett beavatkozás OENO kódja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Beavatkozás időpontja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
Elbocsátás időpontja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
Elbocsátást követő táppénzes állományba vétel javasolt időtartama:	

Kelt, , . év . hó . nap

.....
**egészségügyi szolgáltató
képviselője**

.....
kezelőorvos aláírása

P. H.