

STRANOVÝ VERIFIKAČNÍ PROTOKOL

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)		
Diagnóza:		
Druh výkonu:		
	Orgán/část těla	Strana
Ověření dle ambulantní karty	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Ověření dle chorobopisu	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Ověření dle informovaného souhlasu	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Ověření dle zobrazovacích metod	☐ RTG ☐ UZ ☐ CT	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Ověření dle zobrazovacích metod	☐ Jiné:	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Závěr: strana		
orgán/část těla		
* v případě zaměnitelné úrovně, proveďte specifikaci místa výkonu (úroveň) do kolonky závěr: strana Lokalizace výkonu označena: ☐ ANO ☐ NE Důvod: ☐ zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení, ☐ u stomatologických výkonů, s výjimkou maxilofaciálních výkonů ☐ u ORL výkonů prováděných transorálně, včetně výkonů endoskopických, s výjimkou endoskopických operací v nose a vedlejších nosních dutinách ☐ pacient s označením nesouhlasí Podpis pacienta:		
Datum/čas	Podpis ošetřujícího lékaře:	
Datum/čas:	Podpis operátora:	