

Wielkopolski Szpital Specjalistyczny w Kaliszu
ul. Bursztynowa 2, 64-716 Warszawa
Lecznictwo Specjalistyczne
Oddział Otolaryngologii
Regon: 01066353-00036, NIP: 952-17-66-302
Kodges. Gz. I: 0000000700, Gz. VI: 000, Gz. VII: 4810
07R-1-00000-00-01
tel. 22 47-35-464

**KSIĘGA
DOKONANYCH
OPERACJI**

ACT tel./fax (032) 256-77-22



Nr księgi głównej Nr księgi oddziałowej Kolejny nr operacji

Nazwisko i imię/imiona PESEL

Rozpoznanie przedoperacyjne

Czy uzyskano zgodę na operację

.....
(pieczęć i podpis lekarza kierującego na zabieg operacyjny)

Przybył(a) dnia Operowany(a) dnia na sali Nr

Znieczulenia dokońca	Rodzaj znieczulenia	Ilość	Czas trwania narkozy od - do (dzień, godzina, minuta)	Czas trwania operacji od - do (dzień, godzina, minuta)

.....
(podpis lekarza anestezjologa)

Operujący (imię i nazwisko) (podpis) Asystenci (imię i nazwisko) (podpis)

..... (imię i nazwisko) (podpis)

..... (imię i nazwisko) (podpis)

Instrumentariuszka (imię i nazwisko) (podpis)

Rodzaj i przebieg operacji:

Rozpoznanie pooperacyjne:

Zlecone badania diagnostyczne:

.....
(podpis operującego)

IMPACT Mysłowice, tel./fax: (032) 762 45 01