

**Žádost o předoperační vyšetření
(před vlasovou transplantací)**

Klient(ka)

Datum nar.

Výkon vlasová transplantace

Prosíme o provedení předoperačního vyšetření a sepsání závěru lékaře k výše uvedenému chirurgickému výkonu:

- KO + diff.
- APTT, INR
- amyláza celková
- CAVE – alergie
- poslední očkování TAT nebo aktuální hladina protilátek
- EKG + popis
- vyšetření u praktického lékaře s ASA I.
- interní vyšetření s ASA II.

Všechna vyšetření nesmí být starší než 4 týdny před výkonem. Výsledky prosíme odevzdat v PANACEA HAIR CLINIC co nejdříve (osobně, poštou, mailem, faxem).
Děkujeme.

V Praze dne

MUDr. Peter Hajduk
v. r.