

**Формуляр от лекаря, извършил или ръководил операцията
в случай на хирургическо лечение
/моля, попълнете четливо/**

Име, презиме и фамилия на лекаря
Служебен адрес
Служебен телефон Мобилен телефон
E-mail.....
Специалност на лекаря

Име, презиме и фамилия на оперираното лице
.....
ЕГН:
Дата на извършване на операцията

Име, адрес и телефон на болницата, където е била извършена операцията
.....

Име на клиниката/отделението, където е била извършена операцията:
.....

Причина за хирургическото лечение:
 злополука заболяване раждане

Точна диагноза

Дата на операцията

Вид на операцията/операциите

Код на операцията

Каква част от органа/част от тялото е отстранена при операцията?
 50% или повече По-малко от 50%

Може ли да се смята, че операцията е вследствие непотърсена от клиента навреме или отказана от клиента медицинска помощ/съвет? Да Не

Ако „Да”, моля дайте повече информация

Ако са извършени повече от една хирургически операции – под една анестезия ли е станало това? Да Не

Моля отбележете, ако операцията/ите е/са

стоматологична интервенция	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
хирургически диагностични процедури: биопсия, ендоскопия, бронхоскопия, лапароскопия, ангиограма и други	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
пластична, реконструктивна или естетическа хирургия	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
реконструктивна лицева хирургия, наложена от злополука и/или изгаряния	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
изрязване на тъкан за хистологично изследване	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
интервенции вследствие бременност, изкуствено оплождане или всякакви усложнения свързани с тях	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
спонтанен или предизвикан аборт	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
всякаква форма на стерилитет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
обрязване	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
ендоскопски или лапароскопски операции	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
артроскопски интервенции на стави и връзки	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
лечение на кожни наранявания, кожни възпаления и възпаление на подкожни тъкани	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
отстраняване на имплантант/имплантанти	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не

ВАЖНО: Моля, приложете копие от оперативния протокол!

Дата..... Подпис на лекаря и печат на лечебното заведение