_____, вы записаны на эксимерлазерную операцию в Центр зрения

_____

На госпитализацию подходить в платную регистратуру на 1 этаж 8-ми этажного корпуса с результатами анализов.

Уважаемые коллеги! Убедительная просьба четко и разборчиво заполнять бланк.

ОФТАЛЬМОЛОГУ (ТЕРАПЕВТУ) ПОЛИКЛИНИКИ по месту жительства

Для поступления в областную офтальмологическую больницу для лечения необходимо предоставить результаты следующих обследований **(в скобках указан срок годности)**:

АНАЛИЗЫ

1. Анализ крови на РМП (для взрослых и детей с 15 лет) _____
2. Данные обследования на вирус гепатита В (3 месяца), анти ВГС методом ИФА _____

_____

3. Обследование на ВИЧ-инфекцию _____

Диагноз госпитализации: _____

Лечащий врач:_____

телефон администратора платной регистратуры 68-31-06

Проносить в отделения багажные сумки, верхнюю одежду и уличную обувь запрещено!

Для госпитализации при себе иметь сменную обувь