

**Objednáváme dodávku aortálního alograftu ze Specializované tkáňové banky STB85 k použití u pacienta:**

Jméno a příjmení pacienta: [REDACTED]

r.č.: [REDACTED]

Bytem: [REDACTED]

Výška (cm): [REDACTED]

Hmotnost (kg): [REDACTED]

Dg. slovy + kódem: [REDACTED]

Typ plánovaného operačního výkonu: **Náhrada aortálního kořene**

Zdravotní pojišťovna: [REDACTED]

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

\* Velikost aortálního anulu (mm): **požadujeme velikost [REDACTED] mm**

\*\* Velikost pulmonálního anulu (mm):

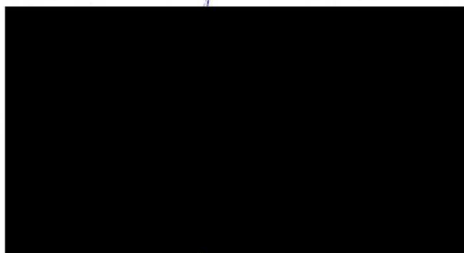
\*\*\* Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: **5.5.2017**

Operatér: [REDACTED]

Cena – 53 740 Kč

podpis, razítko



\* pokud plánujete náhradu aortální chlopně

\*\* pokud plánujete náhradu pulmonální chlopně, či Rossovu operaci

\*\*\* pokud plánujete použití mitrálního štěpu

Transplantační centrum  
FN MOTOL  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5