



KLINIČKA BOLNICA "SVETI DUH"

10000 ZAGREB, Sveti Duh 64

Klinika za anesteziologiju, reanimaciju i intenzivno liječenje

AMBULANTA ZA LIJEČENJE BOLI

Datum: _____

Ime i prezime: _____ Dat. rođenja: _____

Tel: _____ Adresa: _____

Uputna dijagnoza: _____

Radna dijagnoza: _____

Anamneza

Konzilijarni nalazi (neurolog, fizijatar, internist, psihijatar, psiholog, kirurg, ginekolog, ortoped, drugi)

RTG:

Laboratorij:

Klinički nalaz:

TERAPIJA _____

[illegible]