

ДАНИИ ЗА ПРОЦЕДУРАТА

Попълва се от Тъканна банка „Биорегенерация“

<input type="checkbox"/>	АНАМНЕЗАТА Е СЧЕТА ЛИЧНО (майката е отговорила на въпросите в присъствието на медицинско лице от банката)
<input type="checkbox"/>	АНАМНЕЗАТА Е СЧЕТА ДИСТАНЦИОННО (отговорите всички или част от въпросите са получени в телефонен разговор или имейл кореспонденция между майката и медицинско лице от банката)
<input type="checkbox"/>	АНАМНЕЗАТА Е СЧЕТА ЗАДОЧНО (майката е отговорила на въпросите самостоятелно и попълнената анкета е приета от служител на банката след проверка за пълнотата на отговорите)
Дата	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Служител, снел/приел анамнезата (име/фамилия)	<input type="text"/>
ПОДПИС	<input type="text"/>

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Попълва се от Тъканна банка „Биорегенерация“

<input type="checkbox"/>	НЯМА ДАНИИ ЗА РИСК ОТ ПОЛУЧАВАНЕ НА КЛЕТЪЧЕН ПРОДУКТ С ОГРАНИЧЕНА ГОДНОСТ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ.
<input type="checkbox"/>	НАЛИЦЕ Е ИЗВЕСТЕН РИСК ОТ ПОЛУЧАВАНЕ НА КЛЕТЪЧЕН ПРОДУКТ С ОГРАНИЧЕНА ГОДНОСТ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ.
<input type="checkbox"/>	НАЛИЦЕ СА ДАНИИ ЗА ПОВИШЕН РИСК ОТ ПОЛУЧАВАНЕ НА КЛЕТЪЧЕН ПРОДУКТ С ОГРАНИЧЕНА ГОДНОСТ ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ.
Дата	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Служител, издал заключението (име/фамилия)	<input type="text"/>
Длъжност	<input type="text"/>
ПОДПИС	<input type="text"/>

ОЦЕНКА НА МЕДИЦИНСКИЯ ДИРЕКТОР

Попълва се от Тъканна банка „Биорегенерация“

<input type="checkbox"/>	ОТСЪСТВАТ КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ВЗЕМАНЕТО. РАЗРЕШАВАМ ВЗЕМАНЕТО НА МЛЕЧЕН ЗЪБ СЪГЛАСНО СОП.
<input type="checkbox"/>	УСТАНОВЕНО Е НАЛИЧИЕ НА ОТНОСИТЕЛНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ВЗЕМАНЕТО. РАЗРЕШАВАМ ВЗЕМАНЕТО НА МЛЕЧЕН ЗЪБ.
<input type="checkbox"/>	УСТАНОВЕНО Е НАЛИЧИЕ НА АБСОЛЮТНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ВЗЕМАНЕТО. НЕ РАЗРЕШАВАМ ВЗЕМАНЕТО НА МЛЕЧЕН ЗЪБ.
Дата	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Медицински директор (име/фамилия)	<input type="text"/>
ПОДПИС:	<input type="text"/>
МОКЪР ПЕЧАТ:	<input type="text"/>