

## ŽÁDOST O DODÁNÍ TKÁNĚ | TISSUE REQUEST FORM

DATUM OPERACE | SURGERY DATE:

OPERATÉR | SURGEON:

OBJEDNAVATEL | FACILITY ADDRESS, CONTACT:

PACIENT/JMÉNO | PATIENT NAME:

RČ/DIAGNOZA/ ZDRAV. POJIŠTOVNA | DOB/DIAGNOSIS/SSN:

TYP TKÁNĚ | TISSUE TYPE:

- ŠTĚP ROHOVKOVÝ PRO KERATOPLASTIKU | FULL THICKNESS CORNEA
- LAMELA ROHOVKOVÁ DSAEK | DSAEK LAMELLAE
- LAMELA ROHOVKOVÁ UTRA DSAEK | ULTRA DSAEK LAMELLAE
- LAMELA ROHOVKOVÁ DSAEK V ZAVADĚČI | PRELOADED LAMELLAE DSEAK
- LAMELA ROHOVKOVÁ DMEK | DMEK LAMELLAE
- LAMELA ROHOVKOVÁ DMEK V ZAVADĚČI | PRELOADED DMEK IN GLIDE
- ŠTĚP SKLERÁLNÍ V ETANOLU CELÝ | WHOLE SCLERA GRAFT IN ETHANOL
- ŠTĚP SKLERÁLNÍ V ETANOLU ½ | HALF SCLERA GRAFT IN ETHANOL
- ŠTĚP SKLERÁLNÍ V ETANOLU ¼ | QUARTER SCLERA GRAFT IN ETHANOL

SURGEON SPECIAL REQUEST: