

**BEUTALÓ**

Corehab Állapotfelmérés

Javaslom, alulírott……………………………... keresztszalag pótlás utáni állapotfelmérését.

Diagnózis…………………….. Műtét időpontja…………………….

Beutaló orvos aláírás…………………….. …………………….

 Orvosi pecsét

Dátum: