

Tervishoiuasutus _____

Tegevusluba nr

Telefoni nr _____

E-post _____

Address _____

Suunava arsti nimi _____

Kood

Telefoni nr _____

E-post _____

SAATEKIRI KODUÕENDUSELE

Patsiendi

Ees- ja perekonnanimi _____

Isikukood

või

Sünniaeg _____

Elukoht _____

Kontaktisik _____

Telefoni nr _____

E-post _____

Address _____

Põhidiagnoos _____

Kood

Kaasuvad haigused _____

Kood

Kood

Korraldused koduõel _____

Arsti poolt määratud ravimid

Nimetus, toimeaine	Ravimi ühekord. annus	Päevadoos

Allergia _____

Kuupäev _____

Allkiri _____