

Suunav tervishoiuasutus \_\_\_\_\_ Tegevusluba nr 

E-post \_\_\_\_\_ Telefoni nr \_\_\_\_\_

Suunava arsti nimi \_\_\_\_\_ Kood Suunava arsti eriala \_\_\_\_\_ Kood 

E-post \_\_\_\_\_ Telefoni nr \_\_\_\_\_

**SAATEKIRI KODUÕENDUSELE****Patsient**

Ees- ja perekonnanimi \_\_\_\_\_

IK 

Elukoht \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Uksekood \_\_\_\_\_

**Kontaktisik** \_\_\_\_\_

Aadress \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_ Telefoni nr \_\_\_\_\_

Diagnoos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Kood Kaasuvad haigused \_\_\_\_\_ Kood \_\_\_\_\_ Kood **Korraldused ja märkused koduõele** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Määratud ravimid** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kuupäev \_\_\_\_\_ Allikri \_\_\_\_\_