

SUUNAJA

Tervishoiuasutus, reg nr _____

Address _____

Telefon, e-post _____

SAATEKIRI KODUÕENDUSTEENUSELE

Patsiendi ees ja perekonnanimi _____

Isikukood _____

Elukoht _____ Vanus _____

_____ Uksekood _____

_____ Tel _____

Kontaktisik _____ Tel _____

Saatediagnoos(id) koodidega

Kaasuvad haigused koodidega

Allergia olemasolu

Korraldused koduõele

Määratud ravimid ja manustamise kord

Koduõe soovtav külastuse sagedus (visiitide arv nädalas/kuus) _____

Perearsti/eriarsti vahhindamise aeg _____

Suunava arsti nimi ja reg kood _____

Kuupäev

Allkiri

Pitser