

Suunav asutus:

**SAATEKIRI KODUÕENDUSTEENUSELE alates (kuup.).....**

**Suunaja**

Nimetus	
Äriregistri kood, tegevusloa nr.	
Aadress	
e-posti aadress, telefon	
Arsti ja õe ees-ja perekonnanimi, registreerimistõendi nr	
Perearsti nimi ja andmed	

**Andmed patsiendi kohta**

Eesnimi		Perekonnanimi	
Isikukood		Vanus	
Elukoht		Telefoni nr	
Kontaktisik		telefoninumber	

**Põhihaigus (RHK 10 järgi)**

Diagnoos	Kood

**Kaasuvad haigused**

Diagnoos	Kood

## Allergia


## Patsiendi anamnees ja tervise seisundi andmed ning kasutatavad ravimid

--

## Korraldused koduõele (protseduuri kirjeldus, sagedus, sidumise korral märkida ravim, millega sidumist teostada):

--

**Arsti poolt määratud ravimite nimetused, nende manustamise kord, soovitusel:**

--

Koduõendusteenuse soovitav **periood** \_\_\_\_\_

Koduõe **külastuse sagedus** (visiitide arv nädalas/kuus) \_\_\_\_\_

**Suunav arst**

Ees- ja perekonnanimi	
Kood	
Telefoni nr:	
Kuupäev:	
Allkiri, pitsat:	
Pereõe nimi ja kontaktandmed:	