

Tervishoiuteenuse osutaja:

Nimi:

.....

Aadress:

.....

Telefon:

.....

Tegevusloa nr:

.....

Otsus turvavöö kasutamise tervises seisundist tuleneva vastunäidustuse kohta

Isiku ees- ja perekonnanimi.....

Isikukood või sünniaeg.....

Elukoht.....

Otsus: isikul esineb turvavöö kasutamise vastunäidustus

Otsus kehtib kuni.....

Otsuse väljastaja:

.....

(arsti ees- ja perekonnanimi)

(allkiri, kuupäev, pitser)

