

**LOGO**

Tervishoiuasutus \_\_\_\_\_

Tegevusluba nr  E-post \_\_\_\_\_

Aadress \_\_\_\_\_

## HAIGUSLUGU nr

### Patsiendi

Eesnimi \_\_\_\_\_

Perekonnanimi \_\_\_\_\_

Sünniaeg \_\_\_\_\_ Isikukood

Elukoht \_\_\_\_\_

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

Töökoht \_\_\_\_\_ Telefoni nr \_\_\_\_\_

Kontaktisik \_\_\_\_\_

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

Kontaktisiku aadress \_\_\_\_\_

Pensionitunnistus \_\_\_\_\_

Suunav arst \_\_\_\_\_

Aeg haigestumise algusest \_\_\_\_\_

		HAIGLASSE VÕETUD			
		kuupäev	kellaaeg	osakond	palat
Haiglasse võetud plaaniisena <input type="checkbox"/> erakorralisena <input type="checkbox"/>					
Viibib haiglas antud haigusega esmakordselt <input type="checkbox"/> korduvalt <input type="checkbox"/>					

**Allergia**

**Haiguse lõpe**

**Töövõimetusleht**