

LOGO	Tervishoiuasutus _____
	Tegevusluba nr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 _____

Eesti Haigekassa _____ osakond Kood

Haigekassa kaardi nr

Suunav arst _____

Aeg haigestumise algusest _____

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

Allergia

Haiguse lõpe

Töövõimetusleht