

VÄLJAVÕTE HAIGUSLOOST nr

Tervishoiuasutus _____

Tegevusluba nr Osakonna nimetus _____

Telefon _____ E-post _____

Patsiendi

Eesnimi _____

Perekonnanimi _____

Sünniaeg _____ Isikukood

Elukoht _____

Viibis ravil (alates, kuni) _____ Voodipäevi _____

Kliiniline diagnoos

Põhidiagnoos

Kaasuvad haigused

Tüsistused

Diagnoosi põhjendus, haiguse kulg

Teostatud uuringud/analüüsid

Teostatud medikamentoosne ravi
