

Asutuse nimetus:

(asutuse nimi ja tegevusloa number)

.....

(aadress, telefon, e-maili aadress)

Arst:

Kood:

SAATEKIRI

Suunab Eesti Ortoosikeskuse OÜ Türi 6 Tallinn 11313

Patsiendi

(ees- ja perekonnanimi)

vanus

.....

(isikukood)

aadress

Saatediagnoos.....

.....

Operatsiooni või trauma kuupäev

Suunamise eesmärk

.....

.....

Kuupäev

.....

Arsti allkiri ja pitsat