

SAATEKIRI ELEKTRONEUROMÜOGRAAFIA/ELEKTRONEUROGRAAFIA UURINGULE

PATSIENT

Eesnimi: _____

Perekonnanimi: _____

Isikukood/sünniaeg: _____

Vanus: _____

Sugu: M N

Diagnoos: _____

Probleem: _____

Kuupäev: _____

Arsti allkiri: _____

SUUNAJA

Arst: _____

Arsti kood: _____

Telefon: _____

Osakond/asutus: _____