

SPIROGRAAFIA JA BRONHODILATAATORTESTI SAATEKIRI

PATSIENT

Eesnimi: _____

Perekonnanimi: _____

Isikukood/sünniaeg: _____

Vanus: _____

Sugu: M N

Diagnoos: _____

Ravimid: _____

Pikkus _____ cm

Kaal _____ kg

Spirograafia

BDT

vajadusel BDT

Ravimid: VÕTTA

MITTE VÕTTA

Kuupäev: _____

Arsti allkiri: _____

TELLIJA

Arst: _____

Arsti kood: _____

Telefon: _____

Osakond/asutus: _____

