

დანიშნულების ფურცელი

სახელი, გვარი: _____

პაციენტის პირადი № _____

ამბულატორიული ბარათის № _____

ასაკი: _____ სქესი: მდედრობითი: ☐ მამრობითი: ☐

კონსულტაციის თარიღი: _____

ექიმი: _____

წინასწარი დიაგნოზი: _____

რეკომენდაცია: _____

დანიშნულება: _____

განმეორებითი კონსულტაციის თარიღი: _____

მკურნალი ექიმი: _____ ბ.ა.