

# მიმართვის ფურცელი

B

გამომგზავნი დაწესებულება \_\_\_\_\_

პაციენტის სახელი და გვარი \_\_\_\_\_

პირადი ნომერი \_\_\_\_\_

პირველადი დიაგნოზი

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

საჭირო კვლევა / რჩევა

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ექიმი \_\_\_\_\_

თარიღი        /        /        <