

მიმართვის ფურცელი

B

გამომგზავნი დაწესებულება _____

პაციენტის სახელი და გვარი _____

პირადი ნომერი _____

პირველადი დიაგნოზი

საჭირო კვლევა / რჩევა

ექიმი _____

თარიღი / / ✎