

OÜ Koduõde
Tulika 19 10613 Tallinn
Tel/faks 6505095
www.medicum.ee
e-post :koduode@medicum.ee

SAATEKIRI KODUÕENDUSTEENUSELE

Andmed kliendi/patsiendi kohta

Eesnimi _____ Perekonnanimi _____ Vanus _____

Isikukood _____

Elukoht _____

Telefoni nr _____

Kontaktisik ja telefoni nr. _____

Põhihaigus _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kaasuvad haigused _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Koduõendusteenusele suunamise põhjus : nõustamine; eelnenud operatsiooni, kukkumise, lamatise, naha kahjustuse tõttu; toitmine nasogastraalsondi kaudu; trahheostoomia kanüüli hooldus ja aspiratsioon; põie püsikateetri vahetus ja episüstostoomi hooldus; perifeerse veeni kanüleerimine; arsti poolt määratud ravimite manustamine; asendi – ja liikumisravi teostamine; (alla kriipsutada);

muu (märkida)

Koduõendusteenuse soovitatav periood _____

Koduõe külastuse sagedus (visiitide arv nädalas/ kuus) _____

Perearsti / raviarsti teavitamine planeeritud _____ **JAH** _____ **EI**

Koduõelt vaheepikriis pere/raviarstile (märkida periood) _____

Pere-/raviarsti märkused:

Allergia olemasolu:

—

Arstlikud korraldused	Osutamise periood	Osutamise sagedus

Arsti poolt määratud ravimid	Ravimi manustamise kord

Suunav arst _____

Eriala nimetus, kood, allkiri

Pitsat

Ees-perekonnanimi ja kontaktandmed _____

Pereõe nimi ja kontaktandmed _____
