



Sütiste tee 17, Tallinn
tel 655 6244

NB! Lugupeetud patsient – uuringutele registreerimisel (tel 655 6244) palun ära mainida suunamise eesmärk. Uuringutele tulles palun kindlasti kaasa võtta prillid ja varuda aega.

SAATEKIRI GLAUKOOMIKONSULTATSIOONILE JA -UURINGULE

Nimi: _____

Vanus: _____

Isikukood: _____

Suunamise põhjus:

- kõrge silmarõhk
- perekondlik anamnees
- muud kaebused

Suunamise eesmärk:

- FDT
- GDX

Suunanud optometrist:

Saatja asutuse nimi ja kontakttelefon:

Kuupäev: _____



Sütiste tee 17, Tallinn
tel 655 6244

NB! Lugupeetud patsient – uuringutele registreerimisel (tel 655 6244) palun ära mainida suunamise eesmärk. Uuringutele tulles palun kindlasti kaasa võtta prillid ja varuda aega.

SAATEKIRI GLAUKOOMIKONSULTATSIOONILE JA -UURINGULE

Nimi: _____

Vanus: _____

Isikukood: _____

Suunamise põhjus:

- kõrge silmarõhk
- perekondlik anamnees
- muud kaebused

Suunamise eesmärk:

- FDT
- GDX

Suunanud optometrist:

Saatja asutuse nimi ja kontakttelefon:

Kuupäev: _____



Sütiste tee 17, Tallinn
tel 655 6244

NB! Lugupeetud patsient – uuringutele registreerimisel (tel 655 6244) palun ära mainida suunamise eesmärk. Uuringutele tulles palun kindlasti kaasa võtta prillid ja varuda aega.

SAATEKIRI GLAUKOOMIKONSULTATSIOONILE JA -UURINGULE

Nimi: _____

Vanus: _____

Isikukood: _____

Suunamise põhjus:

- kõrge silmarõhk
- perekondlik anamnees
- muud kaebused

Suunamise eesmärk:

- FDT
- GDX

Suunanud optometrist:

Saatja asutuse nimi ja kontakttelefon:

Kuupäev: _____