

**REGISTREERIMINE UURINGUTELE**

**Tel: +372 627 4470**

**Kotka 12, Tallinn 11315**

SAATEV ASUTUS:	
ARSTI ERIALA KOOD:	
ARSTI NIMI:	
ARSTI KOOD:	
ARSTI TELEFON:	

**SAATEKIRI MAGNETTOMOGRAAFILISEKS UURINGUKS**

ISIKUKOOD:	
PERENIMI:	
EESNIMI:	
SÜNNIAEG:	

**UURINGU PIIRKOND (märkida X):**

	VASAK	PAREM		VASAK	PAREM
PÕLV:			KÜÜNARLIIGES:		
HÜPPELIIGES:			RANNE:		
LABAJALG:			LABAKÄSI:		
MUU:					

**KLIINILINE LEID:**

--

**UURINGU EESMÄRK:**

--

**KUUPÄEV:**

**ALLKIRI:**