



Lähetettävä laitos/yksikkö ja osoite

LÄHETE

B1

Päivämäärä

Lähetteen saapumispäivä

Vastaanottavan sairaalan tai poliklinikan nimi ja osoite

Lähetettävän lääkärin kiireellisyysluokitus

Päivystys 1–7 pv 8–30 pv Yli 30 pv

Henkilötunnus – Potilaan suku- ja etunimet (myös entiset)

Erikoisala, jolle lähetetään

Ammatti (myös entinen)

Potilaan lähiosoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Kotikunta

Puhelin, kotiin

työhön

Työssäkäynti

Käy työssä Työtön Työkyvytön Eläkeläinen

Diagnoosi tai pääasiallinen oire

1. Esitiedot
2. Nykyinen sairaus
3. Tutkimukset ja annettu hoito (myös lääkkeet ja kirjoitetut sairauslomat)
4. Lähetämisen syy

ONEELLA TAI TEKSTATEN, MYÖS KÄÄNTÖPUOLION TÄYTETTÄVÄ

POTILAAN TIEDOT

Äidinkieli <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Ruotsi	Muu, mikä	Syntymäkotikunta	Rekisteriviranomainen
Perhesuhde <input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Naimisissa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Avoliitossa			
Työnantajan nimi ja osoite (tapaturmatapauksessa)			Työnantajan puhelin
			Vakuutuslaitos

LÄHIMMÄN OMAISEN TAI HUOLTOVELVOLLISEN TIEDOT

Nimi		Sukulaisuus	
Osoite <input type="checkbox"/> Sama kuin potilaan <input type="checkbox"/> Muu, mikä	Puhelin kotiin	Työhön	

LISÄTIEDOT LAPSIPOTILAESTA 0–15 v

Isän tai isän asemassa olevan nimi	Syntymävuosi	Ammatti	Käy työssä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Äidin tai äidin asemassa olevan nimi	Syntymävuosi	Ammatti	Käy työssä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Lapsen kutsuma- tai lempinimi	Päivähoitopaikka/neuvola/koulu ja luokka		

AIKAISEMPI HOITO VASTAANOTTAVASSA SAIRAALASSA

<input type="checkbox"/> Ei hoidettu aikaisemmin	<input type="checkbox"/> On hoidettu	Vuosi ja kuukausi	<input type="checkbox"/> Poliklinikalla	<input type="checkbox"/> Vuodeosastolla	<input type="checkbox"/> Syntynyt ko. sairaalassa
--	--------------------------------------	-------------------	---	---	---

POTILASMAKSUT

Maksuista vastaa <input type="checkbox"/> Potilas itse	Muu maksusitoumus, mikä	Pitkäaikaissairaanhoidossa peritty hoitopäivämaksu	euroa
---	-------------------------	--	-------