

KLORIID HIGIS TELLIMISLEHT

Patsiendi PERENIMI **EESNIMI**

Isikukood (või sugu ja vanus) **Proovivõtu kuupäev**

Tellija (nimi, kood) **Proovivõtu kellaaeg**

Tellija telefon **Proovivõtja (nimi, kood)**

Asutus, osakond

Klaasbüks filterpaberiga	
Täidab tellija:	
Proovinõu number	
Täidab labor:	
Proovinõu kaal enne proovi kogumist: mg	
Proovinõu kaal pärast proovi kogumist: mg	
Higi kaal: mg	