

Korvauksetta annettavat hoitotarvikkeet

Nimi:	Puhelin:
--------------	-----------------

Osoite:

Tarpeen syyt/diagnoosit:

Huomioitavaa:

Jakelu:

Hoitotarvike ja koko	Kulutus /vrk tai /kk	M	E

päiväys ja päättäjän allekirjoitus

Lomakkeen palautus:

Karkkilan kotihoito, Huhdintie 23-25, 03600 Karkkila
Pusulan kotihoito, Arvelankuja 1, 03850 Pusula
Nummen kotihoito, Nummentie 17, 09810 Nummi
Vihdin kirkonkylän kotihoito, Jokikunnantie 74, 03400 Vihti
Nummelan kotihoito, Nummenselkä 2, 03100 Nummela