

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: Ημ/νία: Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση κατοικίας:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>
Ημερομηνία εισόδου:	<input type="text"/>	Αριθμ. Εισιτηρίου:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

ΑΠΟ:

Νοσοκομείο: Κλινική: Θάλαμος: Κλίνη: Τηλέφωνο κλινικής:

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ:

Φορείο: Τροχήλατο: Άλλο: Ώρα μεταφοράς:

ΠΡΟΣ:

Νοσοκομείο: Κλινική ή Γηροκομείο: Οικία: Άλλο:

Διεύθυνση (όπου θα μεταφερθεί ο/η ασθενής):

Οδός: Αριθμός: Περιοχή:

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πάθηση που δικαιολογεί τη μεταφορά με ασθενοφόρο (εκτός αυτών που αναφέρονται στην υπ' αριθμόν Y4B/3357/42/12-04-94 παρ. δ, απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ημερομηνία:

Ο Διευθυντής της κλινικής

(υπογραφή - σφραγίδα)