

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΕΞΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

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"/>	Τόπος γέννησης:	<input type="text"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>
Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>	Ποσοστό συμμετοχής:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ημερομηνία εισόδου:	<input type="text"/>	Αριθμ. Εισιτηρίου:	<input type="text"/>		
Κλινική:	<input type="text"/>	Κωδικός Κλινικής:	<input type="text"/>	Θέση Νοσηλείας:	<input type="text"/>
Διάγνωση:	<input type="text"/>	Κωδ. ICD 9 ή 10 :	<input type="text"/>		

Έκβαση Νοσηλείας (συμπληρώνεται με x το αντίστοιχο κουτί):

<input type="checkbox"/> ΙΑΣΗ	<input type="checkbox"/> ΒΕΛΤΙΩΣΗ	<input type="checkbox"/> ΣΤΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	<input type="checkbox"/> ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ	<input type="checkbox"/> ΘΑΝΑΤΟΣ
-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Διακομιδή κατά την έξοδο: Προς: Ημερομηνία:

Για το Τμήμα Κίνησης Ασθενών

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ *

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την και εξήλθε την

...../...../200.....

Ο Ελεγκτής Ιατρός

* Χρησιμοποιείται για την περίπτωση έγκρισης από τον Ασφαλιστικό Φορέα