

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Ή ΣΥΝΟΔΟΥ)**

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Τόπος κατοικίας:	<input type="text"/>		
Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ – ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ:

Πιθανή Διάγνωση:

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

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

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

Παρακαλούμε για την εκτέλεση των ανωτέρω εξετάσεων για τον ασθενή τη δαπάνη της οποίας αναλαμβάνει το Νοσοκομείο μας με αντίστοιχη χρέωση του λογαριασμού του ασθενή.

Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΑΡΑΓΓΕΛΛΕΤΑΙ ΣΤΟ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- Δεν πραγματοποιείται στα εργαστήρια του νοσοκομείου
- Δεν πραγματοποιείται στα νοσοκομεία του συγκροτήματος
- Δεν υπάρχει αντίστοιχο εργαστήριο
- Άλλοι λόγοι

Τεκμηρίωση άλλων λόγων

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

Ημερομηνία:

Ο Διευθυντής της κλινικής

Για το εργαστήριο

Ο Διοικητικός Διευθυντής

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)