

Αριθμ. Μητρ. Ασθ.: 

## ΦΥΛΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Τ.Ε.Π.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. – Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ.	<input type="text"/>

ΗΜ/ΝΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

ΩΡΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

## ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ - ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

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

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

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

## ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

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

## ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ - ΕΥΡΗΜΑΤΑ

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

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΟΔΗΓΙΕΣ

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

Ο ΙΑΤΡΟΣ

