

ΤΜΗΜΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ: Παραπέμπων ιατρός: Αρ. Μητρ. Ασθ: Θάλαμος: Κλίνη:

ΕΝΤΟΛΗ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αριθμ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>
Ημερομηνία Εισαγωγής	<input type="text"/>				

ΑΙΤΗΜΑ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ

Παρακαλούμε να διακομισθεί ο ασθενής με τα παραπάνω αναγραφόμενα στοιχεία στην Κλινική για περαιτέρω νοσηλεία.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ

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

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

Ο ασθενής που μεταφέρεται σε άλλη Κλινική δεν παραλαμβάνεται από τη νέα Κλινική αν δεν παραδίδεται συμπληρωμένο και το Φύλλο Ιστορικού του ασθενή

Ημερομηνία:

Ο Ιατρός της Κλινικής

Υπογραφή & σφραγίδα