

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

ΑΔΕΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

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"/>

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Κατόπιν αιτήματος του ασθενή που νοσηλεύεται στην κλινική δίδεται άδεια εξόδου από ημερομηνία και ώρα έως ημερομηνία και ώρα για την πραγματοποίηση στο

Κατά τις ώρες απουσίας του ασθενή, η Διοίκηση του Νοσοκομείου και ο Διευθυντής της κλινικής δεν φέρει καμία ευθύνη.

Ημερομηνία: Ο/Η Προϊστάμενος/η
ΚλινικήςΟ/Η Διευθυντής/ντρια
ΚλινικήςΗ εφημερεύουσα
νοσηλεύτρια

Συν.: Αίτηση του ασθενή