



ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

## ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ

### 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"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>
Ημερομηνία εισόδου:	<input type="text"/>	Αριθμ. Εισιτηρίου:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ	<input type="text"/>

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

#### ΑΠΟ:

Νοσοκομείο:

Κλινική:  Θάλαμος:  Κλίνη:

Τηλέφωνο κλινικής:

#### ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ:

Φορείο: ☐ Τροχήλατο: ☐  Άλλο:

Ώρα μεταφοράς:

**ΠΡΟΣ:** Νοσοκομείο: ☐

Κλινική ή Γηροκομείο: ☐ Οικία: ☐  Άλλο: ☐

Διεύθυνση (όπου θα μεταφερθεί ο/η ασθενής):

Οδός:  Αριθμός:  Περιοχή:

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πάθηση που δικαιολογεί τη μεταφορά με ασθενοφόρο (εκτός αυτών που αναφέρονται στην υπ' αριθμόν Υ4Β/3357/42/12-04-94 παρ. δ, απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

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

Ημερομηνία:

Ο/Η Διευθυντής της κλινικής

(υπογραφή - σφραγίδα)