

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΣΤΟ ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ ΠΝΑ «Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ»

Ημερομηνία :/...../20....

ΑΠΟ:

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ:.....
ΤΜΗΜΑ:.....
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ:.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:.....

ΠΡΟΣ:

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ"
Δημ. Σούτσου 21 - Αμπελόκηποι
Τ.Κ. 11521
Τηλ: 2132023400
Κοινωνική λειτουργός Τηλ:2132023463
Mail: g.egggrafwn@spiliopoulio.gr

Παρακαλώ όπως εξετάσετε το αίτημα προς εισαγωγή στο νοσοκομείο σας του κάτωθι ασθενούς:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ.....
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΗΜ/ΝΑΙ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....
ΑΜΚΑ:..... ΑΦΜ..... ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ.....
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:..... ΠΟΛΗ:.....
ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ ΘΕΡΑΠΩΝ/ΟΥΣΑ ΙΑΤΡΟΣ

(Σφραγίδα/ υπογραφή)

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Κατόπιν πλήρους ενημέρωσής μου από το θεράποντα ιατρό μου, συναινώ στην εισαγωγή μου στο Π.Ν.Α.

Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη».

Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ

(Υπογραφή)

Ο/Η ΕΓΓΥΤΕΡΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ

(Υπογραφή)