**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:2132023424

Mail: g.eggrafwn@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 Ο/Η ΕΓΓΥΤΕΡΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ

(Υπογραφή) (Υπογραφή)