

ΑΙΤΗΣΗ

Α.ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ:.....

.....

ΤΜΗΜΑ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ:.....

ΠΡΟΣ:

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ “Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ”

Δημ. Σούτσου 21 - Αμπελόκηποι

Τ.Κ. 11521

Τηλ: 2132023400

Φαξ: 2106446951

Mail: koin.leit@spilioroulio.gr

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....

ΟΔΟΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΑ.....

ΑΔΤ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ.....

ΑΦΜ.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ.....

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε το αίτημα για μεταφορά του/της.....

.....στο

Νοσοκομείο σας.

Συνημμένα υποβάλλουμε:

1. Το Ιατρικό Πιστοποιητικό
2. Έκθεση Κοινωνικής έρευνας από Κοινωνικό Λειτουργό
3. Φωτοαντίγραφο Βιβλιαρίου Υγείας
4. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής Ταυτότητας/ Διαβατηρίου
5. Ιατρική γνωμάτευση από ειδικό ογκολόγο που θα αναγράφει ότι :
α) ο/η ασθενής είναι εκτός ογκολογικών χειρισμών και
β) στο τελικό στάδιο της νεοπλασματικής νόσου.

Αθήνα, / /2018

Ο/Η ΑΙΤ.....
