

## ΑΙΤΗΣΗ

Α.ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ:.....

.....

ΤΜΗΜΑ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ:.....

ΠΡΟΣ:

ΚΕΝΤΡΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ  
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΕΦΙΑπ) ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ,  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ  
«ΕΛΕΝΗ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ»,  
3<sup>η</sup> ΥΠΕ

## 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. Πρόσφατος Αιματολογικός έλεγχος και  
HBsAg, HCV
3. Έκθεση Κοινωνικής έρευνας από  
Κοινωνικό Λειτουργό
4. Φωτοαντίγραφο Βιβλιαρίου Υγείας
5. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής  
Ταυτότητας/ Διαβατηρίου

Ο/Η ΑΙΤ.....

....., / /2017

-----