



## ΑΙΤΗΣΗ

Α. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ:.....

.....

ΤΜΗΜΑ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ:.....

.....

## Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΗΜΕΡ/ΝΑΙ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΟΔΟΣ: .....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ:.....

.....

ΑΔΤ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: .....

ΑΦΜ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....

## ΠΡΟΣ:

ΚΕΝΤΡΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
(ΚΕΦΙΑπ) ΑΜΥΝΤΑΙΟΥ (πρώην ΚΑΦΚΑ)  
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚ. ΦΛΩΡΙΝΑΣ «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ»  
3<sup>η</sup> ΥΠΕ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
Τηλ. επικοινωνίας: 2386350300/2386350345  
Email: [kafkaam@otenet.gr](mailto:kafkaam@otenet.gr)

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

.....στο Νοσοκομείο  
σας.

Συνημμένα υποβάλλουμε:

1. Φύλλο αξιολόγησης Εισαγωγής (έντυπο από Γ.Ν.Φλώρινας)
2. Ιατρικό Πιστοποιητικό /Ενημερωτικό σημ.
3. Πρόσφατος Εργαστ. Αιματολογικός έλεγχος
4. Έλεγχος Ηπ.Β, Ηπ.Σ, HIV
5. Απεικονιστικές εξετάσεις (-εφ' όσον υπάρχουν- ακτινογραφίες, CT, MRIκα) θα αποσταλούν κατά την εισαγωγή
6. Έκθεση Κοινωνικής έρευνας από Κοινωνικό Λειτουργό
7. Έντυπο φορείας μικροβίων ασθενούς (έντυπο από Γ.Ν.Φλώρινας)
8. Υπεύθυνη δήλωση συνοδού (έντυπο από Γ.Ν.Φλώρινας)
9. Σε δερματικές βλάβες/έλκη τραύματος/κατακλίσεις θα αποστέλλεται πρόσφατη φωτογραφία.
10. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής Ταυτότητας/ Διαβατηρίου
11. Test για SARS-COV-2

Ο/Η Αιτών/ούσα,

.....,

..... / ..... / 20.....