

**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.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)