



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
6^η Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤ.ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

131

Ημ/νία:
Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ ΤΟΥ ΕΚΑΒ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση κατοικίας:	Τ.Κ. - Πόλη:	Τηλ.:
Ημ/νία γέννησης:	Επάγγελμα:	Ασφ. Φορέας:
Ημερομηνία εισόδου:	Αριθμ. Εισιτηρίου:	Αρ. Μητρ. Ασφ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

ΑΠΟ:

Νοσοκομείο:
Κλινική: Θάλαμος: Κλίνη:
Τηλέφωνο κλινικής:

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ:

Φορείο: Τροχήλατο: Άλλο:
Ώρα μεταφοράς:

ΠΡΟΣ:

Νοσοκομείο:
Κλινική ή Γηροκομείο: Οικία: Άλλο:
Διεύθυνση (όπου θα μεταφερθεί ο/η ασθενής):
Οδός: Αριθμός: Περιοχή:

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Πάθηση που δικαιολογεί τη μεταφορά με ασθενοφόρο (εκτός αυτών που αναφέρονται στην υπ' αριθμόν Υ4Β/3357/42/12-04-94 παρ. δ, απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

Ημερομηνία:

Ο Διευθυντής της κλινικής