



Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ
 ΚΑΡΤΕΡΑΔΟΣ Τ.Κ. 84700 ΘΗΡΑ
 ΤΗΛ.: 2286035300.
 email: info@santorini-hospital.gr

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

Προς: ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Ώρα:

ΚΛΙΝΙΚΗ / ΤΜΗΜΑ:

Ημ/νία:

**ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ
 ABO, Rh ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Ηλικία:

Ημ/νία εισόδου:

Διάγνωση:

Hct:

Εάν προβλέπεται μετάγγιση, να συμπληρωθούν τα κάτωθι:

Πραγήθηκαν άλλες μεταγγίσεις:

OXI:

NAI:

Πότε:

Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις:

OXI:

NAI:

Ποιές:

Αναφέρεται σε γυναίκες:

Αριθμός τοκετών:

Αναφέρεται στο αναμνηστικό γέννησης νεκρού εμβρύου, αυτάματες εκβολές, αιματοτική νόσος του νεογνού:

Όνοματεπώνυμο διενεργήσαντος την αιμοληψία:

Μετάγγιση εξαιρετικά επείγουσα

Σημειώνεται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης και με ευθύνη του εντέλλοντος την μετάγγιση ιατρού, ο οποίος υποχρεούται να βεβαιώσει το επειγόν ενυπογράφως. Κάθε βεβαιωμένη εξέταση συμβατότητας δημιουργεί σοβαρότατους κινδύνους.

Ο/Η υπεύθυνος ιατρός:

Μετάγγιση κατά την εγχείρηση.

Ημερομηνία:

Μετάγγιση ευθύς ως γίνουν οι εξετάσεις συμβατότητας:

Εμμεση Coombs)

Μετάγγιση μη επείγουσα:

Καθορισμός ομάδας αίματος:

Αιτούμενη ποσότητα

Ολικού αίματος, μονάδες:

Πλάσματος, μονάδες:

Συμπυκνωμένων ερυθρών, μονάδες:

Αιμοπετάλια, μονάδες:

Πλυμένων ερυθρών, μονάδες:

Ο/Η υπεύθυνος ιατρός

Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο της Αιμοδοσίας

Ομάδα ABO:

Rh
 Φαινότυπος Rh

Αριθμοί Μονάδων	ABO και Rh	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΕΠΩΑΣΗ ΣΤΟΥΣ 37° C	Έμμεση Coombs

ΤΜΗΜΑ:.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

Α/Α.....

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ
ΤΙΜΑΛΦΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Σαντορίνη, σήμερα στις παραδόθηκαν για τον ασθενή
..... του με τηλέφωνο επικοινωνίας
..... τα παρακάτω είδη:

1. Χρήματα:.....

2. Αντικείμενα διάφορα:.....

3. Τιμαλφή:.....

4. Έγγραφα:.....

Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

1.....

2.....

3.....

ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Παραδόθηκαν στ...ν Κοινωνικ... Λειτουργό από τ...ν
..... στις..... τα
παραπάνω είδη προς φύλαξη, μέχρι παραλαβής αυτών από τον ασθενή ή εξουσιοδοτημένο
συνοδό αυτού,

Ο ΠΑΡΑΔΟΥΣ

Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ

ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ

Τα παραπάνω είδη παρέλήφθησαν από τον ασθενή ή συνοδό
του Α.Δ.Τ..... ΤΗΛ στις
και δηλώνεται ότι δεν υπάρχει καμία απώλεια.

Ο ΠΑΡΑΔΟΥΣ

Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ



ΚΑΡΤΕΡΑΔΟΣ Τ.Κ. 84700 ΘΗΡΑ
 Τηλ.: +30 2286035300
 email: info@santorini-hospital.gr

Φ1
701B

Νο:

Αριθμ. Μητρ. Ασθ.:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Θάλαμος: Κλίνη:

**ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
 ΚΑΙ ΧΡΕΟΥΜΕΝΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ
 ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
 Φύλλο: Α Θ Ηλικία: Βάρος: Ασφ. Φορέας: Αρ. Μητρ. Ασφ:
 Αιτιολογία:
 Αλλεργία:

Α/Α	ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΗΜΕΡ. ΔΟΣΗ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛ.	ΣΥΣΚ.	ΠΟΣΟΤΗΤΑ		ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΛΕΙΑ
						ΑΙΤΟΥΜ.	ΧΟΡΗΓ.		

Ημερομηνία:

Ο/Η Διευθυντής Ιατρός

(υπογραφή - σφραγίδα)

Το παραπάνω φαρμακευτικό υλικό ελέγχθηκε και παραλήφθηκε κανονικά την

Ο/Η Φαρμακοποιός

Ο/Η παραλαβών



ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	Φάρμακο και Δόση	ΩΡΑ																
	Φάρμακο και Δόση	8																
		10	6															
		2	12															
		4	6															
Υπογραφή	Οδός χορήγησης	2	12															
		4	6															
		8	12															
		10																
	Φάρμακο και Δόση	8																
		10	6															
		2	12															
		4	6															
Υπογραφή	Οδός χορήγησης	2	12															
		4	6															
		8	12															
		10																
	Φάρμακο και Δόση	8																
		10	6															
		2	12															
		4	6															
Υπογραφή	Οδός χορήγησης	2	12															
		4	6															
		8	12															
		10																
	Φάρμακο και Δόση	8																
		10	6															
		2	12															
		4	6															
Υπογραφή	Οδός χορήγησης	2	12															
		4	6															
		8	12															
		10																

Ε Κ Τ Α Κ Τ Η Χ Ο Ρ Η Γ Η Σ Η

Ημερ/νία	ΩΡΑ	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΟΣΗ	Οδός χορήγησης	Υπογραφή	Εκτέλεση

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο :	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο ίδιος ο ασθενής:	<input type="checkbox"/>	Συγγενής:	<input type="checkbox"/>	Βαθμός συγγένειας:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>

Αιτία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων του δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης:

ιατρική πράξη

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.

2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.

3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεράποντων ιατρών.

4. Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.

5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Είδος ιατρικής πράξης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Όρος διενέργειας:

Πιθανές επιπλοκές:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία: (διαγράψτε ότι δεν ισχύει)

α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.

β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.

γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.

δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Ημ/νία:

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή συζύγου
ή άλλου συγγενή

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

Θάλαμος: Κλίνη:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο :	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο ίδιος ο ασθενής:	<input type="text"/>	Συγγενής:	<input type="text"/>	Βαθμός συγγένειας:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>

Λιτία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων του δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης:

ατρική πράξη

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεράποντων ιατρών.
4. Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.
5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεται για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Είδος ιατρικής πράξης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Τρόπος διενέργειας:

Πιθανές επιπλοκές:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία: (διαγράψτε ότι δεν ισχύει)

- α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.
- β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
- γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.
- δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Ημ/νία:

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή συζύγου
ή άλλου συγγενή

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο :	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Διεύθυνση:	<input type="text"/>		Τηλ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο ίδιος ο ασθενής:	<input type="checkbox"/>	Συγγενής:	<input type="checkbox"/>	Βαθμός συγγένειας:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>

Αιτία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων του δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης:

α) ιατρική πράξη

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεράποντων ιατρών.
4. Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.
5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκοπήση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεται για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Είδος ιατρικής πράξης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Όρος διενέργειας:

Πιθανές επιπλοκές:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία: (διαγράψτε ότι δεν ισχύει)

- α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.
- β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
- γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.
- δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Ημ/νία:

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή συζύγου
ή άλλου συγγενή

ΤΟΜΕΑΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ **ΜΗΤΡΩΟ ΑΙΘΟΥΣΑΣ ΤΟΚΕΤΩΝ**

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤ. ΓΥΝ/ΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Αρ. Μητρώου Ονοματεπώνυμο Τόκος

Ηλικία Διεύθυνση Τηλέφωνο

ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΕΠΙΤΟΚΟΥ

Ημερομηνία	Ώρα	Προβολή	Θέση	Θερμ.	Ιατρός
		Θυλάκιο	διαστολή	Σφυξ.	
		Παλμοί	Ωδίνες	A/π	Μαία
		Ομάδα Αίμ.	Rh	Εβδ. κοιν.	

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

ΤΟΚΕΤΟΣ

Ν Ε Ο Γ Ν Ο	Είδος ΤΟΚΕΤΟΥ	ΗΜΕΡ.	ΩΡΑ
Αριθμός:	Κολπικός τοκετός:		
Γένος:			
Βάρος:	Καισαρική τομή:		
Αρρρ:			
Θερμοκοπίδα:			

ΠΛΑΚΟΥΣ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Υστεροτοκία:	

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ: Αναισθησιολόγος:

Βοηθός: Μαία:



Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

ΚΑΡΤΕΡΑΔΟΣ Τ.Κ. 84700 ΘΗΡΑ

ΤΗΛ.: 2286035300

email: info@santorini-hospital.gr

ΤΜΗΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ



132

Αρ. Μητρ. Ασθ.: []

ΕΞΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	[]	Όνομα:	[]	Πατρώνυμο:	[]
Διεύθυνση κατοικίας:	[]	Τ.Κ.-Πόλη:	[]	Τηλ.:	[]
Ημ/νία γέννησης:	[]	Τόπος γέννησης:	[]	Επάγγελμα:	[]
Α.Δ.Τ. / Αρ. Διαβατηρίου:	[]	Ποσοστό συμμετοχής:	[]		

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα	Έμμεσα:	Άμεσα Ασφαλισμένος:	Όνοματεπώνυμο
Ασφ. Φορέας:	[]	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	Αρ. Βιβλ.:	Κωδ. Κοιν.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ημερομηνία εισόδου: [] Αριθμ. Εισιτηρίου: []

Κλινική: [] Κωδικός Κλινικής: [] Θέση Νοσηλείας: []

Διάγνωση :

Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση):

Εκβαση Νοσηλείας (συμπληρώνεται με x το αντίστοιχο κουτί):

- ΙΑΣΗ
 ΒΕΛΤΙΩΣΗ
 ΣΤΑΣΙΜΟΤΗΤΑ
 ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ
 ΘΑΝΑΤΟΣ

Διακομιδή κατά την έξοδο:

Προς:

Ημερομηνία εξόδου:

Ο/Η Διευθυντής της Κλινικής

Για το Τμήμα Κίνησης Ασθενών

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την

[]

και εξήλθε την

[]

...../...../201.....

Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

*Χρησιμοποιείται για την περίπτωση έγκρισης από τον Ασφαλιστικό Φορέα

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΗΡΑΣ, ΚΑΡΤΕΡΑΔΟΣ, Τ.Κ. 84700 ΘΗΡΑ, ΤΗΛ. 2286035300, FAX 2286035307

ΛΕΥΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ - ΡΟΖ: ΚΛΙΝΙΚΗ - ΚΙΤΡΙΝΟ: ΤΜΗΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΚΔΟΣΗ Γ. & Χ. ΠΑΛΟΥΚΙΑΣ Ο.Ε. Τηλ.: 210-9445770





Γενικό Νοσοκομείο

Θήρας

ΚΑΡΤΕΡΑΔΟΣ Τ.Κ. 84700 ΘΗΡΑ

ΤΗΛ.: 2286035300

email: info@santorini-hospital.gr

ΤΜΗΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

Δ 2
111

ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση κατοικίας:	<input type="text"/>	Τ.Κ.-Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Ημ/νία γέννησης:	<input type="text"/>	ΑΜΚΑ:	<input type="text"/>	Τόπος γέννησης:	<input type="text"/>
Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου:	<input type="text"/>		
Στοιχεία πλησιέστερου Συγγενούς:	<input type="text"/>	Όνοματεπώνυμο:	<input type="text"/>	Τηλ.	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Τρόπος Ασφάλισης:	Άμεσα:	<input type="checkbox"/>	Έμμεσα:	<input type="checkbox"/>	Άμεσα Ασφαλισμένος:	<input type="checkbox"/>	Όνοματεπώνυμο	<input type="text"/>
Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>	Αρ. Βιβλ.:	<input type="text"/>	Κωδ. Κοιν.:	<input type="text"/>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Εντολή εισαγωγής από τον ιατρό: Κωδικός Ιατρού:

A. Επείγουσα εισαγωγή: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων: Άλλο:

B. Προγραμματισμένη εισαγωγή:

Αιτία εισαγωγής:	<input type="text"/>	Κωδ. ICD (Ισχύουσα έκδοση)	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------------	----------------------

Παρατηρήσεις εισόδου:	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

Κλινική εισαγωγής: Κωδ. Κλινικής:

Προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας έως:

Ημερομηνία εισαγωγής:

Ο/Η Ιατρός

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/η παραπάνω αναφερόμενος ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο την

..... / / 201....
Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

* Χρησιμοποιείται για την περίπτωση έγκρισης από τον Ασφαλιστικό Φορέα

