

21,5 cm

ΘΑ ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΣΕ ΤΡΙΑ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ

ΤΜΗΜΑ

ΦΛΩΡΙΝΑ 20

ΘΕΜΑ: Ειδική εξέταση ασθενούς
εκτός Νοσοκομείου

ΠΡΟΣ :
Το Γραφείο Κίνησης ασθενών
ΕΝΤΑΥΘΑ

Ο/Η Ασθενής : του:.....
ασφαλισμέν:..... του έχει την ανάγκη της παρακάτω
εξέτασης που δέν μπορεί να γίνει στο δικό μας Νοσοκομείο.....
.....
ο ασθενής να μεταφερθεί στο :

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ή ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ
ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

.....
(Σφραγίδα και υπογραφή)

ΣΥΝΤΟΜΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

(γιατί πρέπει να κάνει την πιο πάνω εξέταση)

.....
.....
.....
.....
.....

Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΣ :

.....

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ Η ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΗΣ
ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Παρακαλούμε να πραγματοποιήσετε την εξέταση
που αναφέρει το παραπάνω έγγραφο του Τμήματος
στον ασφαλισμένο του

ασθενή

Η δαπάνη θα βαρύνει το Νοσοκομείο μας, εκτός
των περιπτώσεων που υπόκεινται στο Νόμο για τη
δωρεάν περίθαλψη.

Φλώρινα 20

Ο ΕΛΕΓΚΤΗΣ ΑΣΦΑΛ/ΚΟΥ ΦΟΡΕΑ

Υπογραφή

ΦΛΩΡΙΝΑ 20

Σφραγίδα