



Αρ. Μητρ. Ασθ.:

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"/> | Ηλικία: | <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:

Κωδ. ICD (ισχύουσα έκδοση):

Παρατηρήσεις εισόδου:

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

...../...../202.....
Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός