ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
4η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"

I2
431

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: | Αρ. Μητρ. Ασθ:
Παραπέμπων Ιατρός: | Θάλαμος: | Κλίνη:

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλέφωνο:	
Ηλικία:		Ασφαλ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:	

ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Προς το Τμήμα:

Παράκληση για εξέταση από ιατρό

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Ημερομηνία

Ο παραπέμπων Ιατρός

Ημερομηνία

Ο/Η Ιατρός

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥΠΟΛΕΩΣ 49, 546 42 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΤΗΛ: 231 331 2000, FAX: 2310 818-254