



Αριθμ. 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="text"/>	Έμμεσα:	<input type="text"/>	Άμεσα Ασφαλισμένος:	<input type="text"/>	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 για εισαγωγή 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:

Κλινική εισαγωγής:	<input type="text"/>	Κωδικός Κλινικής:	<input type="text"/>
Προβλεπόμενη διάρκεια νοσηλείας έως:	<input type="text"/>		

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