

**1.2. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ** (Συμπληρώνεται από τον Θεράποντα Ιατρό/Χειρουργό)

Γ Ε Ν Ι Κ Α	<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b>	<b>ΕΙΔΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ</b>		
	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ Ή ΕΝΑΡΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ</b>	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ: ..... ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ <input type="checkbox"/> ..... ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ <input type="checkbox"/> ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ <input type="checkbox"/> ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ <input type="checkbox"/> ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ <input type="checkbox"/> ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ <input type="checkbox"/>		
	<b>ΤΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</b>	<input type="radio"/> ΕΙΣΑΓΩΓΗ <input type="radio"/> ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ <input type="radio"/> ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ <input type="radio"/> ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΜΙΑΣ ΜΕΡΑΣ <input type="radio"/> ΑΛΛΟ: .....		

Ν Ο Σ Η Λ Ε Ι Α	<b>ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ/ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Αναφέρετε διάγνωση ή διαφορική διάγνωση – ΟΧΙ συμπτωματολογία: βλέπε πιο κάτω)</b>
	<b>ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ Ή ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ</b>

Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Ο	<b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (Αναφέρετε οπωσδήποτε τον χρόνο έναρξης των κύριων συμπτωμάτων ή της ασθένειας ή του προβλήματος)</b>
	<b>ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ</b>

Ι Α Τ Ρ Ι Κ Ε Σ  Ε Ν Ε Ρ Γ Ι Ε Σ	<b>ΠΙΘΑΝΗ Ή ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ</b>	
	<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>

<b>ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (Συμπληρώστε μόνο αν απαιτείται εισαγωγή)</b>	
➤ ΜΠΟΡΕΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΧΩΡΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ;    ΝΑΙ    ΟΧΙ	
➤ ΕΑΝ ΟΧΙ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	<b>ΠΡΟΣΟΧΗ: ΜΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΘΑ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΩΣ ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΑΥΤΩΝ. ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ <u>ΟΠΩΣΔΗΠΟΤΕ</u></b>
1. _____	
2. _____	
3. _____	

<b>ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟΣ/ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΩΝ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ):</b>
<b>ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (Η ΑΜΟΙΒΕΣ ΙΑΤΡΩΝ):</b>

Ι Α Τ Ρ Ο Σ	<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ</b>	
	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΒΟΗΘΟΣ ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
	ΦΑΞ	ΣΥΣΤΗΣΑΣ ΙΑΤΡΟΣ
	E-MAIL	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		ΑΛΛΟΣ

**ΠΡΟΣΟΧΗ: Μαζί με το έντυπο απαιτήσεων, θα πρέπει να προσκομίζονται και όλα τα απαραίτητα πιστοποιητικά (πρωτότυπα). Απαραίτητα δικαιολογητικά για ενδονοσοκομειακή παροχή**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Έντυπα αίτησης (πλήρως συμπληρωμένα)<br>2. Διακανονισμός πληρωμής<br>3. Εξιτήριο έγγραφο<br>4. Ιατρική συμβουλή από εξειδικευμένο προσωπικό<br>5. Πρακτικά Χειρουργείου (όπου υπάρχουν)<br>6. Εργαστηριακές/Διαγνωστικές εξετάσεις (όπου υπάρχουν)<br>7. Ιατρικό Ιστορικό/Εκθέσεις Ιατρών<br>8. Συνταγογράφηση φαρμάκων<br>9. Καρτέλα ζωτικών σημείων<br>10. Καρτέλα Ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών<br>11. Χρέωση Ασθενοφόρου (όπου υπάρχει)<br>12. Έξοδα Ανασθησιολόγου (όπου υπάρχουν)<br>13. Έξοδα βοηθού χειρουργού<br>14. Έξοδα Ιατρού | 15. Ιστολογικές εξετάσεις (όπου υπάρχουν)<br>16. Μαγνητική Τομογραφία (MRI) (όπου υπάρχει)<br>17. Ακτινογραφίες (X-RAYS) (όπου υπάρχουν)<br>18. Καρδιογραφήματα (ECGs) (όπου υπάρχουν)<br>19. Αξονική Τομογραφία (CT SCANS) (όπου υπάρχει)<br>20. Αναλύσεις αίματος ή αναλύσεις ούρων (όπου υπάρχουν)<br>21. Βιοψία (όπου υπάρχει)<br>22. Φυσιοθεραπείες (όπου υπάρχουν)<br>23. Τιμολόγιο Νοσοκομείου/Κλινικής/Ιατρών<br>24. Βεβαίωση για συμμετοχή κάποιου Ταμείου ή Οργανισμού (όπου υπάρχει)<br>25. Τιμολόγιο Αναλώσιμων<br>26. Τιμολόγιο Φαρμάκων<br>27. Αποδείξεις Πληρωμών (όπου υπάρχουν) |
|---|--|