ΦΟΡΜΑ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ ΠΡΟΣ ΕΚΑΒ

Προς το Ε.Κ.Α.Β. ΣΠΑΡΤΗΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ

Α.  Β. 

Σύμφωνα με τις διατάξεις των υπ’αριθ. Υ4δ/12861/16-10-2000 Κεφ ΙΔ και

Υ4δ/11134/12-09-2001 Υπουργικών Αποφάσεων.

ΟΝΟΜΑ: **** ΕΠΩΝΥΜΟ: ********

ΗΛΙΚΙΑ:  ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ: 

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:  ΚΛΙΝΙΚΗ: 

ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ (ΦΟΡΕΙΟ, ΚΑΡΕΚΛΑ, κτλ.) 

Α) ΓΙΑ ΕΞΙΤΗΡΙΟ

(Δ/νση που θα μεταφερθεί ) ΟΔΟΣ : 

ΑΡΙΘΜΟΣ:  ΠΕΡΙΟΧΗ:  ΙΔΡΥΜΑ: 

Β) ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΥΠΟΔΟΧΗΣ: 

ΚΛΙΝΙΚΗ: 

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ ΕΚΑΒ ΣΥΝΕΝΝΟΗΣΗΣ: 

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ:  2. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ:



3. ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΜΟΝΟ ΕΞΕΤΑΣΗ (ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ):



Γ) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ

 

Δ) ΕΝΔΕΙΚΝΥΟΜΕΝΟ ΜΕΣΟ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ

  

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΝΟΔΟΥ ΙΑΤΡΟΥ: 

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ 15 Φεβρουαρίου 2021

Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ 