**ΠΡΟΣ:**

**ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ “Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ”**

**Δημ. Σούτσου 21 - Αμπελόκηποι**

**Τ.Κ. 11521**

**Τηλ: 2132023400**

 **Κοινωνική λειτουργός Τηλ:2132023424**

 **Mail: g.eggrafwn@spiliopoulio.gr**

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε το αίτημα για μεταφορά του/της…………………………………

…………………………………………………….στο Νοσοκομείο σας.

Συνημμένα υποβάλλουμε:

**1. Το Ιατρικό Πιστοποιητικό**

**2. Έκθεση Κοινωνικής έρευνας από Κοινωνικό Λειτουργό**

**3. Φωτοαντίγραφο Βιβλιαρίου Υγείας**

**4. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής Ταυτότητας/ Διαβατηρίου**

**5. Iατρική γνωμάτευση από ειδικό ογκολόγο που θα αναγράφει ότι :**

**α) ο/η ασθενής είναι εκτός ογκολογικών χειρισμών και**

**β) στο τελικό στάδιο της νεοπλασματικής νόσου**.

**Ο/Η ΑΙΤ…………**

**ΑΙΤΗΣΗ**

**Α.ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ:……………..**

**…………………………………………………**

**ΤΜΗΜΑ…………………………**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ:……………………..**

**Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………**

**ΟΝΟΜΑ: ………………………………………..**

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ………………………**

**ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ…………………..**

**ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ…………………………**

**ΟΔΟΣ ………………………………**

**ΤΗΛΕΦΩΝΑ…………….**

**ΑΔΤ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ……………………**

**ΑΦΜ…………………………….**

**ΑΜΚΑ: ………………………..**

**ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ………………..**

**Αθήνα, / /202..**