

**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. Ιατρική 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..**