****

**ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ – ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ημερομηνία διακομιδής: |  | **ΠΡΟΣ:**Ε.Κ.Α.Β ΘΡΑΚΗΣ 9η ΠεριφέρειαΤΘ 130 Αλεξανδρούπολη |
| Νοσοκομείο: |
| Κλινική/Τμήμα: |
| Τηλ. Επικοινωνίας: |

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ** |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα: |  |
| Ηλικία: |  | Στοιχεία επικοινωνίας ασθενούς: |  |
|  Οδός/Αριθμός Περιοχή |
| Διεύθυνση που θα διακομισθεί ο/η ασθενής:  |  |

|  |
| --- |
| **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ** |
| ΦΟΡΕΙΟ |  | ΧΟΡΗΓΗΣΗ Ο2 |  | ΚΑΡΕΚΛΑ |  | SCOOP |  | ΣΑΝΙΔΑ ΑΚΙΝ. |  |

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ - ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ** |
| Από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο |  | Επανεξέταση/Εισαγωγή/ Επείγουσα διακομιδή  |
|  |  |  |
| Από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο |  | Προγραμματισμένο Ραντεβού/ Ειδική Εξέταση |
|  |  |  |
| Από Νοσοκομείο σε Οικία |  | Εξιτήριο |
|  |  |  |
| Από Οικία σε Νοσοκομείο |  | Προγραμματισμένο Ραντεβού |
|  |  |  |
| Από Οικία σε Νοσοκομείο |  | Επανεξέταση |
|  |  |  |
| Από Νοσοκομείο σε Γηροκομείο |  | Εξιτήριο/ Επανεξέταση/ Ραντεβού/ Επιστροφή |
|  |  |  |
| Από Τ.Ε.Π. σε Οικία |  | Επιστροφή |
|  |  |  |
| Άλλο (Περιγραφή) |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ** |
| Πάθηση που δικαιολογεί τη διακομιδή με ασθενοφόρο:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ημερομηνία: |  |  Ο/Η αιτών/ουσα Ιατρός |