

## **ΑΙΤΗΣΗ**

(ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ)

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....

ΟΔΟΣ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΑΔΤ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:.....

ΑΦΜ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΑΣ:.....

..... / / 2019

## **ΠΡΟΣ:**

**ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ  
ΚΕΝΤΡΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ  
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΕΦΙΑΠ) ΑΡΓΟΥΣ  
ΟΡΕΣΤΙΚΟΥ**

**Τηλ. Επικοινωνίας:2467021730/ 2467021744**

**Email: [kefiapargos@gmail.com](mailto:kefiapargos@gmail.com)**

Σας παρακαλώ όπως εγκρίνετε το αίτημά μου για μεταφορά και εισαγωγή στο ΚΕΦΙΑΠ του Γ.Ν. Καστοριάς .

Συνημμένα σας υποβάλλουμε:

- 1. Το Ιατρικό Πιστοποιητικό - Ενημερωτικό σημείωμα**
- 2. Πρόσφατος Εργαστ. Αιματολογικός έλεγχος και HbsAg, HCV και απεικονιστικές εξετάσεις και εάν υπάρχουν ακτινογραφίες , CT, MRI κλπ.**
- 3. Έκθεση Κοινωνικής έρευνας από Κοινωνικό Λειτουργό**
- 4. Φωτοαντίγραφο Βιβλιαρίου Υγείας**
- 5. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής Ταυτότητας/ Διαβατηρίου**

**Ο/Η ΑΙΤ.....**

.....