

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^{ΗΣ} ΥΠΕ Αττικής
ΓΝΑ «Γ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
ΤΜΗΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ:.....
ΚΛΙΝΙΚΗ.....

ΑΙΤΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΠΡΟΣ
ΤΟ Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ:.....
ΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....
ΠΟΛΗ:.....
ΟΔΟΣ:..... ΑΡΙΘΜ.:.....
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....
Α.Δ.Τ.:.....

ΠΑΡΑΛΗΦΘΗΚΕ

Από.....
.....
Α.Δ.Τ.:.....
.....

ΑΘΗΝΑ.....

Ο / Η ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε:

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΕΠΙΘΕΤΟ:.....
ΟΝΟΜΑ:.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:.....
ΗΜΕΡ. ΕΙΣΟΔΟΥ:.....
.....
ΗΜΕΡ. ΕΞΟΔΟΥ:.....
.....

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:.....

Το πιστοποιητικό αυτό θα το
χρησιμοποιήσω για

ΑΘΗΝΑ.....

Ο / Η ΑΙΤΩΝ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το πιστοποιητικό παραλαμβάνεται **ΜΟΝΟΝ**

α) Από τον ίδιο τον νοσηλευθέντα ή εξετασθέντα με την επίδειξη ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ και τρίτους με εξουσιοδότησή του (θεωρημένη από ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΑΡΧΗ ή ΚΕΠ)

β) Από τρίτους εφ' οσον έχουν έννομο συμφέρον και αποδεικνύουν αυτό.

γ) Σε περίπτωση θανάτου του νοσηλευθέντα οι κληρονόμοι του.