

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΦΟΡΕΑΣ.....

ΠΡΟΣ Γ.Ν ΔΡΑΜΑΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ημερ/νία:

A.M. ΚΟΝ.

**ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

(συμπληρώνετε από το θεράποντα ιατρό ιδιώτη, ΠΕΔΥ, ΕΣΥ ή Κλινική ή άλλη
υπηρεσία υγείας)

A. Για τον ασθενή

Επώνυμο:..... **Όνομα**.....

Ημερομηνία γέννησης:..... ΑΜΚΑ.....

Ασφάλιση: 1) Ναι 2) Όχι

Διεύθυνση κατοικίας:..... τηλ.....

Αιτία παραπομπής στην ΚΟΝ:.....

.....

B. Περιγραφή Κατάστασης Ασθενούς:.....

.....

.....

.....

Διάρκεια κατ' οίκον νοσηλείας: 1) 1 μήνας 2) 2-6 μήνες 3) 6 μήνες-έτος Παρατηρήσεις:

.....

Γ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Γ1. Καρδιαγγειακό:.....

.....

.....

Γ2. Αναπνευστικό:.....

.....

.....

ΣΗΜ: (Εκδίδεται εις διπλούν)

Γ3. Νευρικό:.....

.....

.....

Γ4. Μυϊκό:.....

.....

.....

Γ5. Εριστικό:.....

.....

.....

Γ6. Πεπτικό:.....

.....

.....

Γ7. Ουροποιητικό:.....

.....

.....

Γ8. Γεννητικό:.....

.....

.....

Γ9. Αισθητήριο:.....

.....

.....

Γ10 Φαρμακευτική αγωγή:.....

.....

.....

.....

Ο ιατρός

(Ονοματεπώνυμο/υπογραφή/σφραγίδα)