

**ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΤΟΛΗΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΕΚΤΟΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Νοσοκομείο: Τμήμα:

Στοιχεία Ασθενούς	
Επώνυμο	Όνομα
Πατρώνυμο	Ηλικία
ΑΜΚΑ	
Ημερ.Εισαγωγής	Διάγνωση εισαγωγής

Εξέταση που ζητείται:			
Η εξέταση θα πραγματοποιηθεί:			
Σε Δημόσιο Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	Σε Ιδιωτικό Κέντρο	<input type="checkbox"/>

Για την αναγκαιότητα της εξέτασης:	
Ο Αιτών Γιατρός	Ο Δ/ντής του Τμήματος ή ο Συντονιστής Εφημερίας

Λόγοι μη πραγματοποίησης στο Νοσοκομείο

- Έλλειψη αντίστοιχου Τμήματος
- Δεν πραγματοποιείται η εξέταση
- Δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί

διότι

.....

Ο Δ/ντής Εργαστηριακού Τμήματος ή ο Δ/ντης Εργαστηριακού Τομέα

Έγκριση καταβολής της δαπάνης: Ο Διοικητικός Διευθυντής
--

Παρελήφθη από το τμήμα Κίνησης Ασθενών Ημερομηνία Ο Προϊστάμενος του Τμήματος
--