

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ή ΚΛΙΝΙΚΗΣ**

Συμπληρώνεται μόνο από τον θεράποντα ιατρό:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ή ΚΛΙΝΙΚΗΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΟΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ
ΘΕΡΑΠΟΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ		
Α. .... Β. ....		
ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....		
ΕΓΙΝΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ; ΕΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ ΕΓΧΕΙΡΙΣΗ ΕΓΙΝΕ; .....		
1. Πότε σας συμβουλευθήκε για πρώτη φορά ο ασθενής σχετικά με το πιο πάνω πρόβλημα; Αναφέρετε ακριβή ημερομηνία. ....		
2. Από το ιστορικό που σας ανέφερε ο ασθενής μήπως επισκέφθηκε άλλους ιατρούς προηγουμένως σχετικά με το ίδιο πρόβλημα; Αν ναι, ποιούς και πότε; .....		
3. Από πότε χρονολογούνται τα πρώτα συμπτώματα; Αν δεν γνωρίζετε ακριβώς δηλώστε περίπου. ....		
4. Ποια τα αποτελέσματα των ακτινογραφιών / βιοψιών / αναλύσεων; .....		
5. Προκειμένου περί τοκετού πότε άρχισε η εγκυμοσύνη; Αναφέρετε ακριβή ημερομηνία. ....		
ΕΓΙΝΕ ΕΓΧΕΙΡΙΣΗ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ;	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ	
<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	.....	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΟΝΟ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ
<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	.....	.....

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ή ΚΛΙΝΙΚΗΣ**

I. ΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:	III. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΕΞΟΔΑ
ΑΡΙΘΜΟΣ ..... ΠΡΟΣ € ..... ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ	A. ΕΞΟΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ € .....
ΣΥΝΟΛΟ: € .....	B. ΕΞΟΔΑ ΝΑΡΚΩΣΗΣ € .....
II. ΑΜΟΙΒΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ: € .....	Γ. ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ ΕΝΤΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ € .....
	Δ. ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΕΝΤΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ € .....
	E. ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΝΤΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ € .....
	(Αναφέρετε αναλυτικά είδη και ποσότητες φαρμάκων)
	ΣΥΝΟΛΟ € .....
ΣΥΝΟΛΟ ΠΛΗΡΩΘΕΝΤΩΝ ΕΞΟΔΩΝ €	

ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ή ΚΛΙΝΙΚΗΣ  
 (ΣΗΜ. ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΟΤΑΝ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΠΛΗΡΩΜΗ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ