

**Φόρμα Παραπομπής – Διακομιδής / Referral Transfer Form**

Παραπομπή **σε Νοσοκομείο / Ιατρείο – Referral to Clinic:**

**Ημερομηνία / Date:**

**Όνομα Ιατρού / Physician name:**

**Στοιχεία Ιατρού που αιτείται / Referring Physician’s contact details**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο Ιατρού / Full name of Physician:** |  |
| Ιατρείο / Medical facility: |  |
| Τηλέφωνο / Telephone: |  |
| Email: |  |
| Διεύθυνση / Address: |  |
| Υπογραφή / Signature: |  |

**Στοιχεία ασθενούς / Patient’s contact details**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο ασθενούς/ Full name of patient:** |  |
| Ημερομηνία γέννησης / Date of birth |  |
| Γλώσσα επικοινωνίας / Language |  |
| Τηλέφωνο / Telephone: |  |
| Διεύθυνση / Address: |  |
| Βοήθεια από Διαπολιτισμικό Μεσολαβητή / Cultural mediator help | **Ναι / Yes – Όχι / No** |

|  |
| --- |
| **Αιτία Παραπομπής – Διακομιδής / Reason for Referral:** |
| **Εξέταση που ζητείται / Examination requested:** |
| **Μεταφορά με συνοδεία Ιατρού / Transfer with doctor effort:**  **Ναι / Yes – Όχι / No** |
| **Συμπτώματα – Κλινικά Ευρήματα / Symptoms – Clinical findings:** |
| **Διάγνωση / Diagnosis:** |
| **Φαρμακευτικήαγωγή/ Previous treatment – medication:** |
| **Σχετικό Ιατρικό Ιστορικό / Relevant medical history:** |