

ΦΟΡΜΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΥΝΟΔΩΝ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ..Γ.Ν,Πέλλας-Ο.Μ.Υ Έδεσσας

ΚΛΙΝΙΚΗ:

Ημερομηνία: ____ / ____ / 20____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

Ονοματεπώνυμο:

ΑΙΤΟΥΜΑΙ την παραμονή μου ως συνοδού:

Ονοματεπώνυμο συνοδού:

Σχέση με τον ασθενή:

Αιτιολογία παραμονής:

Ειδικές ανάγκες-ιδιαιτερότητες ☐

Άμεση μετεγχειρητική περίοδος ☐

Βαριά νοσηρότητα ☐

Νοητική/ψυχική δυσκολία ☐

Παιδιατρικά περιστατικά ☐

Άλλο

Από/...../2025 έως/...../2025

ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ / ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

☐ Εγκρίνεται η παραμονή συνοδού

☐ Δεν εγκρίνεται η παραμονή συνοδού

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:

Υπογραφή-Σφραγίδα: _____