

**Συνοδευτικό δελτίο εργαστηριακού ελέγχου  
Laboratory Test Accompanying Card**

ΠΡΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ			
<b>(Δεν συμπληρώνεται από μη υγειονομικό προσωπικό - Not to be filled in by non medical staff)</b>			
Συμπληρώνεται από τον ΙΑΤΡΟ		Συμπληρώνεται από το ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	
Τόπος δειγματοληψίας:		Εβδομάδα	
Αναγνωριστικό ομαδοποίησης ελέγχου (π.χ. αριθμός πτήσης, δομή)	<input type="checkbox"/> Πτήση <input type="checkbox"/> Πλωτό μέσο <input type="checkbox"/> Δομή <input type="checkbox"/> Άλλο _____ Αναγνωριστικό: _____		
Όνοματεπώνυμο ιατρού:		Α/Α δείγματος	
Τηλ. επικοινωνίας:	210-5212054		
Δείγμα:	<input type="checkbox"/> Φαρυγγικό επίχρισμα Pharyngeal swab  <input type="checkbox"/> Ρινικό επίχρισμα Nasal swab	Ημερομηνία παραλαβής από το εργαστήριο ___/___/___	
Ημερομηνία λήψης:	___/___/___		

**Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε τα στοιχεία εντός της σημειωμένης περιοχής :**  
**Please fill in your personal info inside the indicated area**

**Στοιχεία ατόμου / Personal Data**

Συμπληρώστε το ΑΜΚΑ ή ελλείπει αυτού άλλο ταυτοποιητικό έγγραφο / Select ONE of the following

ΑΜΚΑ                       Δελτίο Ταυτότητας / ID Card                       Διαβατήριο / Passport

Συμπληρώστε τον αριθμό του ανωτέρω εγγράφου / Fill in the above number : \_\_\_\_\_

Επώνυμο / Surname: \_\_\_\_\_ Όνομα / First Name: \_\_\_\_\_

Ημερ. γέννησης (ημ./μήνας/έτος) / Date of birth (dd/mm/yyyy): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Αρ. Τηλεφώνου / Phone number: \_\_\_\_\_

Φύλο / Gender: Άρρεν/Male  Θήλυ/Female                       Εθνικότητα / Nationality: \_\_\_\_\_

Χώρα μόνιμης κατοικίας / Country of residence: \_\_\_\_\_ Περιοχή / Region: \_\_\_\_\_

*Διαμονή στην Ελλάδα / Residence in Greece*

Νομός / Region: \_\_\_\_\_ Διεύθυνση / Address: \_\_\_\_\_

✂-----✂