



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

6η Υ.ΠΕ.Ι

Γ.Ν. ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΧΑΪΑΣ - Ν.Α. ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ημερομηνία:

Αρ. Πρωτ.:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διεύθυνση:	Τ.Κ. - Πόλη:	Τηλέφωνο:
Ηλικία:	Ασφαλ. Φορέας:	Αρ. Μητρ. Ασφ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός βεβαιώνω ότι ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενής

Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την

Νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο μας,

- στην κλινική από έως
- στην κλινική από έως

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από

Υπεβλήθη σε

Αγωγή - Οδηγίες

Η παρούσα χορηγείται για να χρησιμοποιηθεί στον ΕΟΠΥΥ και κρίνεται αναγκαία η εισαγωγή του σε Κλινική- Ίδρυμα Χρόνιων Παθήσεων. Είναι μη αυτοεξυπηρετούμενο άτομο με χρόνια προβλήματα υγείας που αναφέρονται πιο πάνω και έχει ανάγκη συστηματικής ιατρικής περίθαλψης και νοσηλευτικής φροντίδας.

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο/Η Ιατρός

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής