



ΑΙΤΗΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Επώνυμο:
Όνομα:
Όνομα Πατέρα:.....
Ημ/νια Γέννησης:
Τηλέφωνο:
e-mail:
Δ/ση Κατοικίας:
.....
.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

*(απαιτείται συμπλήρωση
μόνο εάν ο αιτών δεν είναι ο ίδιος ο ασθενής)*

Επώνυμο:
Όνομα:
Τηλέφωνο:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΛΗΠΤΗ

*(απαιτείται συμπλήρωση
μόνο εάν ο παραλαβών δεν είναι ο ίδιος ο ασθενής)*

Επώνυμο:
Όνομα:
Τηλέφωνο:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ

- Παραλαβή από το Νοσοκομείο από τον **Ασθενή ή νόμιμα εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο, με επίδειξη αστυνομικής ταυτότητας και εξουσιοδότηση από ΚΕΠ ή αστυνομία, κατά περίπτωση.**
- Ταχυδρομική Αποστολή στη Διεύθυνση του Ασθενούς, με ταχυμεταφορά* (courier) και χρέωση παραλήπτη.

Θεσσαλονίκη

Αριθμ.Πρωτ.:.....

ΠΡΟΣ

Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

ΤΜΗΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τηλ. 2313 303 699, - 691

Φαξ: 2313 303 781

e-mail: grafeio.kinisis_ahempa@n3.syzefxis.gov.gr

Σας παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε:

- Ιατρική Γνωμάτευση / Βεβαίωση / Πιστοποιητικό.
- Εισηγητικό Φάκελο ΚΕΠΑ.
- Ιατρικό Φάκελο Νοσηλείας ή Βραχείας Νοσηλείας.
- Αποτελέσματα εργαστηριακών-απεικονιστικών εξετάσεων.
- Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
.....

Κλινική –ΤΕΙ –ΤΕΠ :

Ημ/νια, νοσηλείας -εξέτασης:/..../20.....

**Το ανωτέρω θα χρησιμοποιηθεί για:

.....
.....
.....

** Απαραίτητη η συμπλήρωση βάση του αρ. 5 του Ν.3418/2005

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/-ΟΥΣΑ

***Για την παραλαβή μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφοράς (courier) απαιτείται επίδειξη αστυνομικής ταυτότητας και υπογραφή ολογράφως του αποδεικτικού παραλαβής από τον παραλήπτη, το οποίο επιστρέφεται στο νοσοκομείο.**