



## ΑΙΤΗΣΗ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

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

**ΑΜΚΑ:** .....

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

*(απαιτείται συμπλήρωση  
μόνο εάν ο αιτών 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 Ασθενή (συστημένο).
- ☐ 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 & 2313 303 684

e-mail<sup>1</sup>: [grafeio.kinisis\\_ahempa@n3.syzefxis.gov.gr](mailto:grafeio.kinisis_ahempa@n3.syzefxis.gov.gr)

1. (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 βάσης 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.**