**ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ**

**ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ**

**Επώνυμο:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Όνομα:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Όνομα Πατέρα:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Ημερομηνία Γέννησης:** Κάντε κλικ ή πατήστε για να εισαγάγετε ημερομηνία.

**ΑΜΚΑ:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Αριθμός Τηλεφώνου:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Διεύθυνση Κατοικίας** *(Οδός, Αριθμός και Περιοχή)***:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**ΤΚ:** *Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.*

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ του ΑΣΘΕΝΗ**

*(Συμπληρώστε ΜΟΝΟ στην περίπτωση που η Αίτηση*

*υποβάλλεται από κάποιο εκπρόσωπο του Ασθενή)*

**Επώνυμο:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Όνομα:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Όνομα Πατέρα:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Αριθμός Τηλεφώνου:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

[ ]  Παραλαβή από το Νοσοκομείο από τον Ασθενή

[ ]  Παραλαβή από το Νοσοκομείο από **Εξουσιοδοτημένο** Εκπρόσωπο

[ ]  Ταχυδρομική Αποστολή στον Ασθενή Αυτοπροσώπως

[ ]  Αποστολή με Υπηρεσία Ταχυμεταφορών Courier (Με χρέωση παραλήπτη)

[ ]  Αποστολή με e-mail (εφόσον πρόκειται μόνο για έγγραφα)

**e-mail:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Προς το ΤΜΗΜΑ ΚΙΝΗΣΗΣ του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ**05.02.2024

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε:

**Βεβαίωση ή Γνωμάτευση ή Φάκελο:**

[ ]  Ιατρική Γνωμάτευση ή Βεβαίωση ή Ιατρικό Πιστοποιητικό

[ ]  Βεβαίωση Νοσηλείας ή Θεραπείας (για δικαιολόγηση εξόδων μετακίνησης του Ασθενούς)

[ ]  Ιατρικό Φάκελο Νοσηλείας ή Βραχείας Νοσηλείας (σε περίπτωση νοσηλείας του Ασθενούς σε Κλινική του Νοσοκομείου

[ ]  Εισηγητικό Φάκελο Πιστοποίησης Αναπηρίας ΚΕ.Π.Α. *(Συμπληρώστε κάτω ακριβώς τον Αριθμό Πρωτοκόλλου του Φακέλου ΚΕ.Π.Α. που έχετε ήδη ανοίξει)*

[ ]  Άλλο: Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Αποτελέσματα Εξετάσεων:**

[ ]  Αιματολογικών ή Βιοχημικών ή Ουρολογικών

[ ]  Αξονικού ή Μαγνητικού Τομογράφου

[ ]  Ακτινογραφιών

[ ]  Υπερήχων

[ ]  Αγγειογραφιών

[ ]  Άλλο: Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Χρονική Περίοδος Νοσηλείας ή Εξετάσεων για τις οποίες αιτούμαι**,
**από:** Κάντε κλικ ή πατήστε για να εισαγάγετε ημερομηνία.
**έως:** Κάντε κλικ ή πατήστε για να εισαγάγετε ημερομηνία.

**Κλινική που αφορά τα ιατρικά δεδομένα σας:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Τα παραπάνω δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν για λόγους:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Ο Αιτούμενος / Η Αιτούμενη**

*(Ονοματεπώνυμο)*

Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

Αυτή την Αίτηση πρέπει να την στείλετε στο e-mail:
**grafeio.kinisis\_ahepa@n3.syzefxis.gov.gr**

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

*(Συμπληρώστε ΜΟΝΟ στην περίπτωση που τα Ιατρικά Δεδομένα θα παραληφθούν από κάποιο ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ του ΑΣΘΕΝΗ, είτε ιδιοχείρως, είτε με υπηρεσία Courier, είτε με e-mail)*

*(Αντί ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗΣ, ο ΑΣΘΕΝΗΣ μπορεί, μέσω της ιστοσελίδας gov.gr, να εκδώσει ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (*[*Πατήστε εδώ για Υπεύθυνη Δήλωση)*](https://www.gov.gr/ipiresies/polites-kai-kathemerinoteta/psephiaka-eggrapha-gov-gr/ekdose-upeuthunes-deloses)*) και ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ (*[*Πατήστε εδώ για Εξουσιοδότηση*](https://www.gov.gr/ipiresies/polites-kai-kathemerinoteta/psephiaka-eggrapha-gov-gr/ekdose-exousiodoteses)*), με τις οποίες θα πιστοποιεί τη γνησιότητα των προσωπικών του στοιχείων και θα υποδεικνύει τον τρόπο παραλαβής των Ιατρικών του Δεδομένων)*

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η (ΑΣΘΕΝΗΣ) με στοιχεία:

**Επώνυμο:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Όνομα:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Όνομα Πατέρα:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Ημερομηνία Γέννησης:** Κάντε κλικ ή πατήστε για να εισαγάγετε ημερομηνία.

**Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Διεύθυνση Κατοικίας** *(Οδός, Αριθμός και Περιοχή)***:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**ΤΚ:** *Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.*

**Εξουσιοδοτώ τον/την**

**Επώνυμο:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Όνομα:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Όνομα Πατέρα:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Ημερομηνία Γέννησης:** Κάντε κλικ ή πατήστε για να εισαγάγετε ημερομηνία.

**Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Διεύθυνση Κατοικίας** *(Οδός, Αριθμός και Περιοχή)***:** Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**ΤΚ:** *Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.*

Να παραλάβει αντί εμού, τα ιατρικά δεδομένα που αιτήθηκα, από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ».

**Ο Αιτούμενος / Η Αιτούμενη**

*(Ονοματεπώνυμο του ΑΣΘΕΝΗ που υπογράφει την Εξουσιοδότηση)*

Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

**Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής**

*(Δημόσια Υπηρεσία και Υπάλληλος που θεωρεί το παρόν έγγραφο)*