



ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατέρα:

Ημερομηνία Γέννησης:

ΑΜΚΑ:

Αριθμός Τηλεφώνου:

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, Αριθμός και Περιοχή):

ΤΚ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ του ΑΣΘΕΝΗ

(Συμπληρώστε ΜΟΝΟ στην περίπτωση που η Αίτηση υποβάλλεται από κάποιο εκπρόσωπο του Ασθενή)

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατέρα:

Αριθμός Τηλεφώνου:

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:

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

Ημερομηνία:

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:

Αποτελέσματα Εξετάσεων:

- Αιματολογικών ή Βιοχημικών ή Ουρολογικών
 Αξονικού ή Μαγνητικού Τομογράφου
 Ακτινογραφιών
 Υπερήχων
 Αγγειογραφιών
 Άλλο:

Χρονική Περίοδος Νοσηλείας ή Εξετάσεων για τις οποίες αιτούμαι,
από:
έως:

Κλινική που αφορά τα ιατρικά δεδομένα σας:

Τα παραπάνω δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν για λόγους:

Ο Αιτούμενος / Η Αιτούμενη
(Ονοματεπώνυμο)

Αυτή την Αίτηση πρέπει να την στείλετε στο e-mail:
grafeio.kinisis_ahempa@n3.syzefxis.gov.gr

Επικοινωνία με το Γραφείο: 2313 303 699 και 684

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

(Συμπληρώστε ΜΟΝΟ στην περίπτωση που τα Ιατρικά Δεδομένα θα παραληφθούν από κάποιο ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ του ΑΣΘΕΝΗ, είτε ιδιοχειρώς, 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](#))) και ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ([Πατήστε εδώ για Εξουσιοδότηση](#)), 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:

Όνομα:

Όνομα Πατέρα:

Ημερομηνία Γέννησης:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, Αριθμός και Περιοχή):

ΤΚ:

Εξουσιοδοτώ τον/την

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατέρα:

Ημερομηνία Γέννησης:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:

Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός, Αριθμός και Περιοχή):

ΤΚ:

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

Ο Αιτούμενος / Η Αιτούμενη

(Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή του ΑΣΘΕΝΗ που υπογράφει την Εξουσιοδότηση)

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

(Δημόσια Υπηρεσία και Υπάλληλος που θεωρεί το παρόν έγγραφο)