**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**22.01.2024

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε:

**Βεβαίωση ή Γνωμάτευση ή Φάκελο:**

Ιατρική Γνωμάτευση ή Ιατρικό Πιστοποιητικό (για ιατρική χρήση)

Ιατρική Βεβαίωση (για χρήση σε Δημόσιες Υπηρεσίες)

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)

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

**Αποτελέσματα Εξετάσεων:**

Αιματολογικών ή Βιοχημικών

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.

**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**