|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ**  Επώνυμο: ……….……………….  Όνομα: ……………………..…  Όνομα Πατέρα:……………………………………….…..……  Ημ/νια Γέννησης: ……….…….…..…….  Τηλέφωνο: …..….…….…....……  e-mail: …………………………………………………………..  Δ/νση 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** ε**ξουσιοδοτημένο** 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, - 684  Φαξ: 2313 303 781  e-mail: [grafeio.kinisis\_ahepa@n3.syzefxis.gov.gr](mailto:grafeio.kinisis_ahepa@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/νία, 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.** | |