|  |  |
| --- | --- |
| **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** ε**ξουσιοδοτημένο** 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-mail1: grafeio.kinisis\_ahepa@n3.syzefxis.gov.gr1. (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.** |