



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
Η/Ο Προϊστάμενος Γραμματείας
Η/Ο Προϊστάμενος Δ/κής- Οικ/κής Υπτηρ.

ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΕΛΗΦΘΗ ΤΗΝ/...../20.....
ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ: ΤΜ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ/Ε.Π./ΚΕΦΙΑΠ	ΓΙΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ

Ατομικά Στοιχεία:

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Αφορά τον/την (Ονοματεπώνυμο):		Είδος Συγγένειας:
ΑΜΚΑ:	Τηλ. Σταθερό:	Τηλ. Κινητό:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε Ιατρική Γνωμάτευση:

Κατά την επίσκεψη/προσέλευση μου στο Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου στις/...../20.....
Κατά την επίσκεψη/προσέλευση μου στο Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου στις/...../20.....
Κατά την επίσκεψη/προσέλευση μου στο Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου στις/...../20.....

Προκειμένου να το χρησιμοποιήσω: (Σημειώστε με Χ)

Για το Ασφαλιστικό μου Ταμείο <input type="checkbox"/>	Για το Ι.Κ.Α. - Ο.Γ.Α. <input type="checkbox"/>	Για τα ΚΕ.Π.Α. <input type="checkbox"/>
Για την Εργασία μου <input type="checkbox"/>	Για την Πρόνοια <input type="checkbox"/>	Για Δικαστική Χρήση <input type="checkbox"/>
Για κάθε Νόμιμη Χρήση <input type="checkbox"/>	Για την έκδοση Άδειας Κατοχής Κυνηγετικού Όπλου <input type="checkbox"/>	Για την Αθμια Υγ. Επ. <input type="checkbox"/>

Παρακαλώ όπως αποσταλεί: (Σημειώστε με Χ)

Ταχυδρομικώς <input type="checkbox"/>	Ταχυδρομική Διεύθυνση: <input type="text"/>	Οδός, Αριθμός, Πόλη, Τ.Κ.: <input type="text"/>	
Με Φαξ <input type="checkbox"/>	Αριθμός Φαξ: <input type="text"/>	Με Email <input type="checkbox"/>	(Διεύθυνση email) <input type="text"/>
Θα το παραλάβω Ιδιοχείρως (Από την Γραμματεία ΤΕΠ) <input type="checkbox"/>			

Εξουσιοδότηση (Να επισυνάπτεται):

Από Κ.Ε.Π. <input type="checkbox"/>	Από την Αστυνομία <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία Εξουσιοδότησης <input type="text"/>/...../201.....
-------------------------------------	--	---	----------------------

Η Γνωμάτευση παραλαμβάνεται μόνον:

- Από τον ίδιο τον ασθενή, με την επίδειξη της Αστυνομικής του Ταυτότητας
- Από τους οικείους του με εξουσιοδότηση
- Από τρίτους εφόσον έχουν έννομο συμφέρον και το αποδεικνύουν
- Σε περίπτωση θανάτου, οι νομιμοποιούμενοι κληρονόμοι με την επίδειξη της Αστυνομικής τους Ταυτότητας, εφόσον προσκομίσουν Πιστοποιητικό πλησιέστερων συγγενών και Ληξιαρχική πράξη θανάτου

Ημ/νία Κατάθεσης Αίτησης/...../20.....	Ο/Η Αιτών/ούσα Υπογραφή
--	--------------------------------