|  |
| --- |
| ΗΜ.ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ…………………... ΑΡ.ΠΡΩΤ………..………….. ΤΜΗΜΑ……………………………….………….. |
|  |
| Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ1Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ** | **ΑΙΤΗΣΗ**Παρακαλώ να μου χορηγήσετε1.Αντίγραφα Ιατρικού φακέλου2.Αντίγραφα Απεικονιστικού Ελέγχου CT/MRI3.Ιατρική Γνωμάτευση4.Πρακτικό Χειρουργείου5.Αντίγραφο φύλλου ΤΕΠ6.Βεβαίωση Απομαγνητισμένου υλικού7.Γνωμάτευση για ΚΕΠΑ |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ** | **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** |
| ΕΠΙΘΕΤΟ…………………………………………………………………..... | ΕΠΙΘΕΤΟ……………………………………………………………………….. |
| ΟΝΟΜΑ………………………………………………………………………. | ΟΝΟΜΑ………………………………………………………………………... |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ……………………………………………………………… | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ………………………………………………………………… |
| ΑΜΚΑ………………………………………………………………………….. | ΑΡ.ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ…………………………………………….. |
| ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΘΕΝΗ (ΑΜΚΑΤ)………………………………………….. | ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ…………………………………………………………. |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ………………………………………………………. | ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ…………………………………………………. |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ……………………………………………………….. | E-MAIL………………………………………………………………………….. |
| …………………………………………………………………………………… |  |
| Τ.Κ……………………………………………………………………………… | Τα αντίγραφα θα χρησιμοποιηθούν για……………………… |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ…………………………………………………………………. | ……………………………………………………………………………………. |
| ΤΜ.ΠΡΩΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ………………………………………………. |  |
| TMHMA………………………………………………………………………. |  |
| ΘΕΡ. ΙΑΤΡΟΣ……………………………………………………………….. | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ……………………………………………………………… |
| ΗΜ.ΕΙΣΟΔΟΥ……………………………………………………………….. |  |
| ΗΜ.ΕΞΟΔΟΥ………………………………………………………………… |  |
| **ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ** |  |
| Ίδιος, σύζυγος, τέκνο, πατέρας, μητέρα, αδερφός/η, εξουσιοδοτημένος δικηγόρος |  |
| Εντολή εισαγγελέα……………………………………………………… | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **(Υπογραμμίζεται η ανάλογη σχέση)** | (ΥΠΟΓΡΑΦΗ) |
| **ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ – ΒΕΒΑΙΩΣΕΩΝ – ΑΝΤΙΓΡΑΦΩΝ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΔΕΙΞΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΣΕ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΑΥΤΟΝ ΑΤΟΜΟ** |

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ: ……………………………………

ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ