



## ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ:	<input type="text"/>

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ο/η ασθενής είναι: Περιπατητικός  Με καρέκλα  Με φορείο  Διασωληνωμένος   
Ο/η ασθενής παρουσιάζει: Εγκυμοσύνη  ΤΕΠ  Αλλεργία σε

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(Σημειώστε με ✓ στο αντίστοιχο τετράγωνο)

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ

ΥΠΑΡΞΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΛΛΙΚΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ

ΜΕΤΑΛΛΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

## ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΧΡΕΩΣΗΣ\*\*

Σύνολο χρέωσης \*\*

Ο υπεύθυνος για τη χρέωση

Ημ/νία: 

Ο Ιατρός

Όνομ/νο &amp; Υπογραφή

Όνομ/νο &amp; Υπογραφή

\*\* Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο για τη χρέωση