ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ LDL - ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλέφωνο:	
Ηλικία:		Ασφαλ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:	

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός _____ βεβαιώνω ότι ο/η ανωτέρω ασθενής πάσχει από ομόλογη υπερχοληστερολαιμία και υποβάλλεται σε θεραπεία LDL - αφαίρεσης

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟ:

	(κωδικός)
	(κωδικός)
	(κωδικός)

Η παρούσα χορηγείται σε απάντηση της από _____ αίτησής του, για να χρησιμοποιηθεί

- ☐ Για έγκριση από τον Ασφαλιστικό του Φορέα
- ☐ Για έγκριση από Υγειονομική Επιτροπή
- ☐ Για : .....

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο Διοικητικός Διευθυντής (υπογραφή)

Ο Ιατρός (υπογραφή)