



## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. – Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφαλ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός  βεβαιώνω ότι ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενής

Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την

Νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο μας,

• στην κλινική  από  έως

• στην κλινική  από  έως

## ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από

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

Υπεβλήθη σε

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

Αγωγή – Οδηγίες

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

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

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

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο Διοικητικός Διευθυντής

Ο Ιατρός