



## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλέφωνο:	
Ηλικία:		Ασφαλ. Φορέας:		Α.Μ.Κ.Α. :	

## 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

Αριθμός Εξιτηρίου Νοσοκομείου :

## ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από

Υπεβλήθη σε

Αγωγή - Οδηγίες

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

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο Διοικητικός Διευθυντής

Ο Ιατρός

Υπογραφή & σφραγίδα

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Α.Δ.Τ. :   
Α.Μ.Κ.Α. :   
Ιατρικός Σύλλογος :   
Φορέας εργασίας (ΕΣΥ, ιδιώτης, ΕΟΠΠΥ κλπ) :

ΑΦΜ :   
Κωδικός ΤΣΑΥ :   
Ειδικότητα :   
Τηλ. ιατρού :