



## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ / ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

## 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 ανωτέρω ασθενής Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την  Νοσηλεύθηκε στην  κλινική, από  έως 

## ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από

Οι εξετάσεις έδειξαν

## ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟ:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(κωδικός)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(κωδικός)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(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

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο Διοικητικός Διευθυντής

Ο Ιατρός