

Ημ/νία: Αρ. Πρωτ: **ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Κάτοικος:	<input type="text"/>	Ασφαλιστικός Φορέας:	<input type="text"/>		

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός  βεβαιώνω ότι στον/στηνυπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενή, ο οποίος πάσχει από τοποθετήθηκε σήμερα  μόνιμος καρδιακός ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ με τα παρακάτω στοιχεία:

1. Τύπος Βηματοδότη  Εγγύηση
2. Οίκος Κατασκευής
3. Αριθμός Βηματοδότη
4. Τύπος Ηλεκτροδίου
5. Υποκλείδιος εισαγωγέας
6. Λοιπά

Ο Ιατρός