

Ημ/νία: Αρ. Πρωτ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

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"/>

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός βεβαιώνω ότι ο/η ανωτέρω ασθενής πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, τελικού σταδίου και σαν συνέπεια υποβάλλεται σε χρόνια περιοδική περιοδική αιμοκάθαρση, φορές την εβδομάδα.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟ:

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

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

Ο Ιατρός