

Αρ. Μητρ. Ασθ. Ημερομηνία :

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο/Η υπογεγραμμένος βεβαιώνω ότι ο/η ανωτέρω ασθενής
υπεβλήθη κατά τον μήνα του έτους
σε πλασμαφαιρέσεις, κατά τις ημερομηνίες που αναφέρονται πιο κάτω
και χρησιμοποιήθηκαν για κάθε μία από αυτές τα έναντι αναγραφόμενα υλικά.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ

ΤΥΠΟΣ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ

ΦΙΛΤΡΑ (1)

ΦΙΛΤΡΑ (2)

ΣΕΤ ΓΡΑΜΜΩΝ

ΥΛΙΚΑ

A/A	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ	Α' ΦΙΛΤΡΟ	Β' ΦΙΛΤΡΟ	ΣΕΤ ΓΡΑΜΜΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ					

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 :**Ωεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής**

Ο Διοικητικός Διευθυντής

Ο Ιατρός