|  |  |
| --- | --- |
| ΗΜ.ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ…………………... ΑΡ.ΠΡΩΤ………..………….. ΤΜΗΜΑ……………………………….………….. | |
|  | |
| Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ 1Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ** | | **ΑΙΤΗΣΗ**  Παρακαλώ να μου χορηγήσετε 1.Αντίγραφα Ιατρικού φακέλου  2.Αντίγραφα Απεικονιστικού Ελέγχου CT/MRI  3.Ιατρική Γνωμάτευση 4.Πρακτικό Χειρουργείου 5.Αντίγραφο φύλλου ΤΕΠ 6.Βεβαίωση Απομαγνητισμένου υλικού 7.Γνωμάτευση για ΚΕΠΑ | |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ** | | **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ** | |
| ΕΠΙΘΕΤΟ…………………………………………………………………..... | | ΕΠΙΘΕΤΟ……………………………………………………………………….. | |
| ΟΝΟΜΑ………………………………………………………………………. | | ΟΝΟΜΑ………………………………………………………………………... | |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ……………………………………………………………… | | ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ………………………………………………………………… | |
| ΑΜΚΑ………………………………………………………………………….. | | ΑΡ.ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ…………………………………………….. | |
| ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΘΕΝΗ (ΑΜΚΑΤ)………………………………………….. | | ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ…………………………………………………………. | |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ………………………………………………………. | | ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ…………………………………………………. | |
| Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ……………………………………………………….. | | E-MAIL………………………………………………………………………….. | |
| …………………………………………………………………………………… | |  | |
| Τ.Κ……………………………………………………………………………… | | Τα αντίγραφα θα χρησιμοποιηθούν για……………………… | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ…………………………………………………………………. | | ……………………………………………………………………………………. | |
| ΤΜ.ΠΡΩΤΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ………………………………………………. | |  | |
| TMHMA………………………………………………………………………. | |  | |
| ΘΕΡ. ΙΑΤΡΟΣ……………………………………………………………….. | | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ……………………………………………………………… | |
| ΗΜ.ΕΙΣΟΔΟΥ……………………………………………………………….. | |  | |
| ΗΜ.ΕΞΟΔΟΥ………………………………………………………………… | |  | |
| **ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ** | |  | |
| Ίδιος, σύζυγος, τέκνο, πατέρας, μητέρα, αδερφός/η, εξουσιοδοτημένος δικηγόρος | |  | |
| Εντολή εισαγγελέα……………………………………………………… | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **(Υπογραμμίζεται η ανάλογη σχέση)** | | (ΥΠΟΓΡΑΦΗ) | |
| **ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ – ΒΕΒΑΙΩΣΕΩΝ – ΑΝΤΙΓΡΑΦΩΝ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΔΕΙΞΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ Ή ΣΕ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟ ΑΠΟ ΑΥΤΟΝ ΑΤΟΜΟ** | | | |

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ: ……………………………………

ΥΠΟΓΡΑΦΗ/ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ