ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

ΑΝΤΙΓΡΑΦΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΟΝΟΜΑ:……………………………

ΕΠΩΝΥΜΟ:………………………..

ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:…………………........

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ………………………

……………………………………….

……………………………………….

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ………………………

Α.Δ.Τ.:……………………………….

ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ: ………………………

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ:

………………………………….

Ο/Η ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ/ΟΥΣΑ

ΣΥΝΑΙΝΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΙΜΕΝΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝ. ΟΔΗΓΙΑ 697/2016

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: …………………..

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: ………………………….

ΤΜΗΜΑ: ……………………………

ΠΡΟΣ ΓΝΑ ΚΑΤ

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε

αντίγραφα ακτινογραφιών/ CT / MRI του ασθενούς:

ΟΝΟΜΑ: ……………………………..

ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………

ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ: ………………………..

Α.Μ. ΚΑΤ: ……………………………

ΑΜΚΑ: ………………………………

ΤΕΠ: ………………………………….

ΠΡΩΙΝΑ ΙΑΤΡΕΙΑ:…………………...

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΑ ΙΑΤΡΕΙΑ:………..

ΤΜΗΜΑ: …………………………….

ΘΕΡ. ΙΑΤΡΟΣ:………………………...

ΗΜ. ΕΙΣΟΔΟΥ: ………………………

ΗΜ. ΕΞΟΔΟΥ: ……………………….

Τα αντίγραφα θα χρησιμοποιηθούν για ………………………………………………………………………………

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: …………………

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

(υπογραφή/ονοματεπώνυμο)