

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ
ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ / ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς :	Αρ. Ταυτότητας:
Ημερομηνία Γεννήσεως :	

1. Συμπτώματα Ασθένειας :	
.....	
2. Από πότε χρονολογούνται τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας; (Αν δεν γνωρίζετε ακριβώς αναφέρατε περίπου) :	
.....	
Έχει κατά την τελευταία πενταετία παρουσιάσει συμπτώματα ή έχει νοσηλευτεί ο ασθενής, συνεπεία της ασθένειας;	
.....	
3. Πότε εξετάσατε τον ασθενή για πρώτη φορά σχετικά μ' αυτή την πάθηση (ακριβής ημερομηνία);	
4. Εξετάσθηκε ο ασθενής για την ίδια ή παρόμοια πάθηση από άλλο γιατρό στο παρελθόν;	
Αν ΝΑΙ, από ποιον και πότε;	
5. Κλινικές διαπιστώσεις και διάγνωση (λεπτομερώς) :	
.....	
6. Περιγράψτε τη θεραπεία που ακολουθήθηκε και τα φάρμακα που τον συμβουλέψατε να πάρει:	
.....	
6α. Νοσηλεύτηκε ο ασθενής στο Νοσοκομείο/Κλινική; Από :	
Μέχρι :	
7. Αναμένεται ή προγραμματίζεται οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση;	
Αν ΝΑΙ, ποια και πότε;	
8. Φύση χειρουργικών ή μαιευτικών επεμβάσεων (λεπτομερής περιγραφή):	
.....	
Πού διενεργήθηκε η επέμβαση; <input type="checkbox"/> Εντός Νοσοκομείου ή <input type="checkbox"/> Εξωτερικός Ασθενής	
9. Παρακαλούμε αναφέρατε το διάστημα που συνεστήθη στον ασφαλισμένο να απέχει από την εργασία του (εφ' όσον υπάρχει περίπτωση ανικανότητας): Από :	
Μέχρι :	
10. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί (Αν ΟΧΙ, δώστε επεξηγήσεις):	
.....	
11. Σε περίπτωση μακρόχρονης περιόδου αποθεραπείας, περιγράψτε παρούσα κατάσταση	
.....	
Πότε προβλέπετε να επιστρέψει στην εργασία του;	

Δηλώνω ότι, εξ όσων γνωρίζω και πιστεύω, όλες οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι αληθείς και ορθές.		
Υπογραφή Γιατρού:	Ειδικότητα:	Ημερομ.:
Όνοματεπώνυμο Γιατρού:	Σφραγίδα Γιατρού:	

ΑΡ. Συμβολαίου: Όνομα Ασφαλισμένου: