

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ Η ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΩΝ

Απαιτητής (Ασθενής)	Αριθμός Συμβολαίου
Ημερομηνία Γέννησης	Αριθμός Απαίτησης
1. Ποίες καταστάσεις καθιστούν στο παρόν τον ασθενή ανίκανο	
2. Παρακαλούμε δηλώστε ημερομηνία έναρξης της κάθε μιας πιο πάνω δηλωθείσας περίπτωσης	
3. Παρακαλούμε δηλώστε τις πραγματικές αιτίες της ανικανότητας για καθε περίπτωση μαζί με σχετικό ιστορικό και πορεία θεραπείας	
4. Σε ποια έκταση η ασθένεια του τον εμποδίζουν απο του να ασχοληθεί στο επάγγελμα του ή σε κάποιο επάγγελμα με σκοπό την αμοιβή ή το κέρδος.	
Μερικώς..... Πλήρη απασχόληση.....	
5. Τι προγραμματίζετε για μελλοντική ιατρική θεραπεία ή πιθανή ιατρική αποκατάσταση	
6. Θεωρείτε τον ασθενή σας <u>Μόνιμα και Ολικά Ανίκανο</u> για εκτέλεση καθηκόντων	
α) του δικού του επαγγέλματος	
β) Οποιοδήποτε επαγγέλματος;	

Υπογραφή και σφραγίδα θεράποντα γιατρού

Ημερομηνία.....