

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ή ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς : Αρ. Ταυτότητας: Ημ/νία .Γεν.
 Επάγγελμα: Ακριβή καθήκοντα :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ/ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ:

1. Ημερομηνία Ατυχήματος/Ασθένειαςτόπος ώρα π.μ/μ.μ
2. Φύση Ασθένειας/περιγραφή τραυματισμού
3. Αν πρόκειται για ασθένεια, από πότε χρονολογούνται τα πρώτα συμπτώματα (Αν δεν γνωρίζετε αναφέρατε περίπου
4. Έχει κατά την τελευταία πενταετία παρουσιάσει συμπτώματα ή έχει νοσηλευτεί ο ασθενής, συνέπεια της ασθένειας
 Αν ναι δώστε περισσότερες πληροφορίες
5. Εάν πρόκειται για ατύχημα, υπήρξαν σημάδια στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του περιγραφόμενου ατυχήματος/ασθένειας. Εάν ναι, περιγράψτε.
6. Εάν πρόκειται για ατύχημα, τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής, προκλήθηκαν εξ' ολοκλήρου, απ' ευθείας και ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη αιτία. ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΟΧΙ περιγράψτε.
7. Πότε εξετάσατε τον ασθενή για πρώτη φορά σχετικά με αυτό το ατύχημα ή ασθένεια
8. Έχει εξεταστεί ο ασθενής για την ίδια ή παρόμοια ασθένεια ή για το ίδιο ατύχημα από άλλο/άλλους γιατρούς, Αν ναι από ποίο/ποιους και πότε:
9. Κλινικές διαπιστώσεις και διάγνωση/ (λεπτομερώς)
10. Έχουν γίνει οποιεσδήποτε ακτινολογικές ή άλλες εξετάσεις (π.χ. ακτινογραφίες, αξονική τομογραφία, υπερηχογράφημα, αναλύσεις) Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες- το είδος, την ημερομηνία και το αποτέλεσμα. (επισυνάψτε αντίγραφα)
11. Περιγράψτε την θεραπεία που παρασχέθηκε και τα φάρμακα που τον συμβουλευσατε να πάρει
12. Νοσηλεύτηκε ο ασθενής στο Νοσοκομείο/Κλινική; Από : Μέχρι :
13. Αναμένεται ή προγραμματίζεται οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση;
- Αν ΝΑΙ, ποια και πότε;
14. Φύση χειρουργικών ή μαιευτικών επεμβάσεων (λεπτομερής περιγραφή):
15. Πού διενεργήθηκε η επέμβαση; Εντός Νοσοκομείου ή Εξωτερικός Ασθενής
- 16^α. Έχετε δώσει στον ασθενή αναρρωτική άδεια: Από : Μέχρι :
- 16β. **Κατά την περίοδο της αναρρωτικής άδειας ο ασθενής**
1. Θα μπορούσε να επιβλέπει την εργασία του ή να εργαστεί μερικώς; Από : Μέχρι :
2. Ήταν εντελώς ανίκανος για εργασία ή επίβλεψη της εργασίας; Από : Μέχρι :
17. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί (Αν ΟΧΙ, δώστε επεξηγήσεις):.....
18. Αν ΟΧΙ, πότε προβλέπετε να επιστρέψει στην εργασία του.
19. Σε περίπτωση μακρόχρονης περιόδου αποθεραπείας, περιγράψτε παρούσα κατάσταση

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:

CL3B4B/9/2016

ΑΡ. Συμβολαίου: Όνομα Ασφαλισμένου: Υπογραφή Ασφαλισμένου: