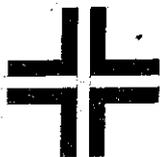


185789



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η Υ. Π.Ε. ΚΡΗΤΗΣ
Γ.Ν. ΛΑΣΙΘΙΟΥ - Γ.Ν. - Κ.Υ. ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ (ΔΙΑΛΥΝΑΚΕΙΟ)
ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ

I4
472

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφαλ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός βεβαιώνω ότι ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενής

Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την

- Νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο μας,
- στην κλινική από έως
 - στην κλινική από έως

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από

Υπεβλήθη σε

Αγωγή - Οδηγίες

Η παρούσα χορηγείται σε απάντηση της από αίτησής του, για να χρησιμοποιηθεί:

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής
Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

Ο/Η Ιατρός

ΕΚΤΥΠΩΣΗ: Ν. & Ρ. ΚΟΛΥΤΟΣ Ο.Ε. - ΤΗΛ. 210 4209413