



Α Ι Τ Η Σ Η

(συμπληρώνεται με τα στοιχεία πλησιεστέρου
συγγενικού προσώπου)

Επώνυμο

Όνομα

Όνομα πατρός

Όνομα μητρός

Όνομα συζύγου

Ημ/νία γεννήσεως

Τόπος γεννήσεως

Κάτοικος

Διεύθυνση

Τηλέφωνο.....

Επάγγελμα

Αριθμ. Ταυτότητας

Mail.....

Σας παρακαλώ να δεχθείτε την παρούσα αίτηση
για να εισαχθεί στο Ίδρυμα σας για περίθαλψη:

Ο/η

Κάτοικος

Έτος γεννήσεως

Ταμείο

Παρούσα νόσος

.....

.....

...../...../20....

Ο/η Αιτ.....

(Υπογραφή).....

Ημερ/νία εισόδου

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ
Ο Διευθυντής του Ιδρύματος

(Υπογραφή – Σφραγίδα)



Ελέγχονται και σημειώνονται από το

Ίδρυμα:

Συν. Δικαιολογητικά:

- Αιματολογικές εξετάσεις.....
- Δείκτες Ηπατίτιδας.....
- Quantiferon.....
- Ακτινογραφία Θώρακος.....
- Καρδιολογική εξέταση ΗΚΓ.....
- Υπέρηχος άνω & κάτω κοιλίας.....
- Ψυχιατρική εξέταση.....
- Δερματολογική εξέταση.....
- Πιστοποιητικό εμβολιασμού covid-19.....
- PSA ορού (μόνο για άνδρες).....
- Ιατρική γνωμάτευση ΕΟΠΥΥ.....

- Πιστοπ. γεννήσεως.....
- Πιστοπ. οικογ. κατάστασης.....
- Αντίγραφο ταυτότητας.....
- Αντίγραφο βιβλιαρίου υγείας.....
- Βεβαίωση απόδοσης Α.Μ.Κ.Α.
- Εκκαθαριστικό εφορίας.....
- Απόκομμα σύνταξης/ενημερωτικό
σημείωμα.....