



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"/>	Τηλ :	<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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Υπεβλήθη σε

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Αγωγή - Οδηγίες

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

<input type="text"/>
----------------------

Θεωρήθηκε το γνήσιο της υπογραφής  
Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

Ο/Η Ιατρός