



ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

### ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΑ\*

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφ. Φορέας:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η θεράπων ιατρός :   κωδικός

Ο/Η Διευθυντής της Κλινικής :   κωδικός

#### ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:

Ο/Η ανωτέρω ασθενής που νοσηλεύεται στην Κλινική μου από  έχει ανάγκη αποκλειστικής/ου νοσοκόμας/ου για τις νυκτερινές ώρες και συγκεκριμένα για τις νύκτες από  μέχρι  γιατί πάσχει από

Και για το λόγο αυτό διατρέχει άμεσο κίνδυνο η ζωή του/της.

Ο Διευθυντής της Κλινικής

#### ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ

Εγκρίνεται η χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας για  νύκτες από  έως

(ημερομηνία)

Ο/Η Ελεγκτής Ιατρός

#### \* ΟΔΗΓΙΕΣ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ :

- Απαιτείται η προέγκριση από τον ελεγκτή ιατρό (για το ΙΚΑ) εντός 3 (τριών) ημερών από την ημέρα που θα απασχοληθεί αποκλειστική νοσοκόμα (νύκτα). Η δαπάνη δεν αναγνωρίζεται αν δεν τηρηθεί η προθεσμία των τριών ημερών (άρθρο Γ99/1/88).
- Αποκλειστική/ος νοσοκόμα/μος νύκτας δικαιολογείται μόνο για οξεία και εξαιρετικά περιστατικά και όχι για περιστατικά χρόνιων παθήσεων.
- Για τις συνδιαλλαγές σας με τον ασφαλιστικό φορέα είναι απαραίτητο το βιβλιário ασθενείας.