



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ
ΤΜ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ ΕΞΩΤ. ΙΑΤΡΕΙΩΝ
– ΕΠΕΙΓ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ & ΚΕΦΙΑΠ
Η/Ο Προϊστάμενος
Γραμματείας

Η/Ο Προϊστάμενος
Δ/κής- Οικ/κής Υπηρ.

ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ I /	ΕΛΗΦΘΗ ΤΗΝ /...../202.....
ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ: ΤΜ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ - Ε.Π. & ΚΕΦΙΑΠ	ΓΙΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ & ΕΞΕΤΑΣΗΣ ή ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (Τ.Ε.Π.)

Ατομικά Στοιχεία:		
Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Αφορά τον/την (Ονοματεπώνυμο):		Είδος Συγγένειας:
ΑΜΚΑ:	Τηλ. Σταθερό:	Τηλ. Κινητό:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε τα κάτωθι που διενεργήθηκαν κατά το διάστημα προσέλευσής μου στο Τ.Ε.Π.:

Πιστοποιητικό Προσέλευσης & Εξέτασης στο ΤΕΠ	στις:	και στις:	και στις:
--	-------------	-----------------	-----------------

Ιατρικές Εξετάσεις που διενεργήθηκαν στο ΤΕΠ	στις:	και στις:	και στις:
--	-------------	-----------------	-----------------

Αξονική ή Μαγνητική ή U/S που διενεργήθηκαν στο ΤΕΠ	στις:	και στις:	και στις:
---	-------------	-----------------	-----------------

Προκειμένου να το χρησιμοποιήσω: (Σημειώστε με X)		
Για το Ασφαλιστικό μου Ταμείο <input type="checkbox"/>	Για το Ι.Κ.Α. - Ο.Γ.Α. <input type="checkbox"/>	Για τα ΚΕ.Π.Α. <input type="checkbox"/>
Για την Εργασία μου <input type="checkbox"/>	Για την Πρόνοια <input type="checkbox"/>	Για Δικαστική Χρήση <input type="checkbox"/>
Για κάθε Νόμιμη Χρήση <input type="checkbox"/>	Για έκδοση Άδειας Κατοχής Κυνηγετικού Όπλου <input type="checkbox"/>	Για την Αθμια Υγ. Επ. <input type="checkbox"/>

Παρακαλώ όπως αποσταλεί: (Σημειώστε με X)			
Ταχυδρομικώς <input type="checkbox"/>	Ταχυδρομική Διεύθυνση: <input type="text"/>	Οδός, Αριθμός, Πόλη, Τ.Κ.: <input type="text"/>	
Με Φαξ <input type="checkbox"/>	Αριθμός Φαξ: <input type="text"/>	Με Email <input type="checkbox"/>	(Διεύθυνση email) <input type="text"/>
Θα το παραλάβω Ιδιοχειρως (Από την Γραμματεία ΤΕΠ) <input type="checkbox"/>			

Εξουσιοδότηση (Να επισυνάπτεται):		
Από Κ.Ε.Π. <input type="checkbox"/>	Από την Αστυνομία <input type="checkbox"/>	Ημ/ία Εξουσιοδότησης <input type="text"/>

Η Γνωμάτευση παραλαμβάνεται μόνον:

- Από τον ίδιο τον ασθενή, με την επίδειξη της Αστυνομικής του Ταυτότητας
- Από τους οικείους του με εξουσιοδότηση
- Από τρίτους εφόσον έχουν έννομο συμφέρον και το αποδεικνύουν
- Σε περίπτωση θανάτου, οι νομιμοποιημένοι κληρονόμοι με την επίδειξη της Αστυνομικής τους Ταυτότητας, εφόσον προσκομίσουν Πιστοποιητικό πλησιέστερων συγγενών και Ληξιαρχική πράξη θανάτου

Ημ/ία Κατάθεσης Αίτησης /...../202.....	Ο/Η Αιτών/ούσα Υπογραφή
---	--------------------------------