

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟΥ
ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Ονοματεπώνυμο Νοσηλευθέντος: Αριθμός Ταυτότητας:

Αριθμός Συμβολαίου/Κάρτας Νοσηλείας:

1. Ημερομηνία Εισόδου: Ωρα:

2. Ημερομηνία Εξόδου: Ωρα:

3. Ονόμα Νοσηλευτηρίου:

4. Ημερομηνία που σας συμβουλευτήκε για πρώτη φορά ο ασθενής για το πρόβλημα του:

5. Αιτία Εισαγωγής : Αναφέρατε Διάγνωση Εισόδου και Εξόδου, εάν αυτή διαφέρει:

6. Ποιά τα συμπτώματα:

7. Από πότε χρονολογούνται τα συμπτώματα (Λεπτομέρειες);

8. (α) Από το ιστορικό που σας ανέφερε ο ασθενής παρακαλούμε αναγράψετε κατά πόσο ο ασφαλισμένος έπασχε στο παρελθόν ή νοσηλεύτηκε για παρόμοια ή ίδια Ιατρική κατάσταση.
.....
.....

(β) Δώστε ονόματα άλλων ιατρών που επισκέφθηκε.

Δρ. Ημερομηνία

Δρ. Ημερομηνία

9. Ποια η αναγκαιότητα της Νοσηλείας (σε περίπτωση που δεν διενεργήθηκε χειρουργική επέμβαση);
.....
.....10. Εάν έχει γίνει χειρουργική επέμβαση παρακαλούμε όπως αναφέρετε με λεπτομέρεια την χειρουργική επέμβαση που διενεργήσατε;
.....
.....11. Παρακαλούμε δώστε με λεπτομέρεια την ανάλυση της θεραπείας που χορηγήθηκε είτε έγινε χειρουργική επέμβαση είτε όχι.
.....
.....12. Ποια τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και άλλων ακτινολογικών ή διαγνωστικών εξετάσεων που έγιναν για να στοιχειοθετήσουν την διάγνωση και θεραπεία. Όπου είναι δυνατό παρακαλούμε να επισυνάπτονται αντίγραφα.
.....
.....**Δηλώνω ότι είμαι ο θεράπων ιατρός του ασθενή και ότι τα στοιχεία που δίνονται είναι εξ όσων γνωρίζω ορθά και αληθινά
γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου περί ψευδών δηλώσεων.**

Υπογραφή Ιατρού και Σφραγίδα: Ημερομηνία:

MEDICAL REPORT BY ATTENDING PHYSICIAN / HOSPITAL MEDICAL REPORT FOR ANY IN-HOSPITAL STAY

Name of Patient: ID No.:

Policy No / Medical Card:

1. Date of Entry: Time:

2. Date of Exit: Time:

3. Name of Hospital:

4. Please state date you first consulted - treated patient for his medical problem:

5. Reason for admission - hospitalization. Please state Entry Diagnosis as well as final diagnosis if this differs:

6. Please describe symptoms:

7. Please state date first symptoms appeared:

8. (a) Please state from the medical history secured by the patient whether he / she had suffered in the past from a similar or the same medical condition.

(b) Please state Names of Doctors he/she has attended.

Dr. Date:

Dr. Date:

9. Please state the need for Hospitalization – admission (Please complete in case no surgical procedure was carried out).

10. If a surgical procedure was carried out please state in detail the procedure done.

11. Please state in detail the treatment given either for conservative treatment or surgical treatment.

12. Please state the results of laboratory tests and radiological or other diagnostic tests performed for substantiating the diagnosis and treatment. Where possible please attach a copy.

I declare that I am the physician of the patient and that the information given is to my knowledge true and correct.

Signature of Attending Physician Date