

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟΚΕΤΟ

Ονοματεπώνυμο Νοσηλευθέντος

Αρ. Συμβολαίου Αρ. Ταυτότητας

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επωνυμία νοσηλευτηρίου

Όνομα θεράποντος ιατρού

Ημερομηνία εισόδου

Ημερομηνία εξόδου

Ο τοκετός έχει πραγματοποιηθεί:

☐ Φυσιολογικός Τοκετός Ημερομηνία Τοκετού☐ Καισαρική Τομή Ημερομηνία Καισαρικής Τομής

Πότε άρχισε η εγκυμοσύνη;

ΔΗΛΩΣΗ /ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι οι πιο πάνω απαντήσεις μου στις αντίστοιχες ερωτήσεις είναι ορθές και αληθινές.

Ονοματεπώνυμο Ιατρού

.....
Ημερομηνία.....
Υπογραφή και Σφραγίδα