

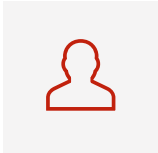


## Έντυπο Θεράποντος Γιατρού

Το έντυπο πρέπει να συμπληρώνεται αναλυτικά και να υπογράφεται από τον ίδιο τον Θεράποντα Γιατρό του Ασφαλισμένου



### Στοιχεία Ασφαλισμένου



Αρ. Ασφαλιστηρίου:

Επώνυμο:

Πατρώνυμο:

Όνομα:

Ύψος:

Βάρος:

### Στοιχεία Πάθησης (Ασθένεια ή Ατύχημα)



Ποια είναι η διάγνωση;

Ποια ήταν τα πρώτα συμπτώματα και πότε εμφανίστηκαν;

Υπήρχαν στο παρελθόν παρόμοια συμπτώματα;

Ναι:  Όχι:

Εάν Ναι, πότε:

Πότε πραγματοποιήθηκε η πρώτη επίσκεψη σε γιατρό; (Παρακαλούμε να επισυναφθεί γνωμάτευση)

Ποια είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων; (Φάρμακα, συνεδρίες φυσικοθεραπείας κ.ά.)

Έχει διενεργηθεί εργαστηριακός ή απεικονιστικός έλεγχος γι' αυτήν την πάθηση; (Αναφέρετε ονομαστικά τις εξετάσεις και επισυνάψτε τα αποτελέσματα τους)

Ποια είναι η μέθοδος επέμβασης που θα πραγματοποιήσετε ή έχετε πραγματοποιήσει και ποιο το είδος της αναισθησίας (τοπική, μέθη, γενική);

Θα χρησιμοποιηθούν μόνιμα ειδικά υλικά; (Εάν ναι, αναφέρετε τα υλικά)

Έχει πραγματοποιηθεί ξανά Νοσηλεία για την ίδια πάθηση;

Ναι:  Όχι:

Πότε:

Νοσοκομείο:

## Ατομικό Ιατρικό Ιστορικό



Παρακαλούμε αναφέρετε:

Πάθηση (Ασθένεια ή Ατύχημα):

Προηγούμενες Νοσηλείες (Αναφέρετε στοιχεία αναλυτικά):

Ακολουθείται κάποια φαρμακευτική αγωγή;

Ναι:

Όχι:

Ποια είναι αυτή;

Πότε ξεκίνησε η αγωγή;

Συνεχίζεται έως και σήμερα;

Ναι:

Όχι:

## Στοιχεία Θεράποντος Γιατρού



Επώνυμο:

Όνομα:

Τηλέφωνο:

Email:

Ειδικότητα:

Ημερομηνία:

Υπογραφή και Σφραγίδα Γιατρού:

---