

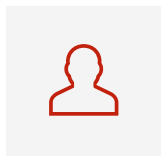


Έντυπο Θεράποντος Γιατρού/ Ιατρική Γνωμάτευση

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



Στοιχεία Ασφαλισμένου



Αρ. Ασφαλιστηρίου:

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

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:

Τηλέφωνο:

Ειδικότητα:

Όνομα:

Email:

Ημερομηνία:

Υπογραφή και Σφραγίδα Γιατρού: