

ΠΡΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΕΠΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο.....

Όνομα πατέρα

Ημερομηνία Γέννησης.....

ΑΜ:..... Ασφαλιστικός Φορέας.....

ΑΜΚΑ

Διεύθυνση κατοικίας:Αριθμός..... Τ.Κ.....

Πόλη.....

Τηλέφωνα επικοινωνίας :..... Κινητό

Ημερομηνία έναρξης της αναπηρίας

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

(Θα πρέπει η προέχουσα πάθηση να ενταχθεί σε μία από τις ειδικότητες υγειονομικών επιτροπών του Πίνακα 1. Ακολουθούν παραδείγματα στις οδηγίες συμπλήρωσης του εντύπου)

..... Κωδ. Ειδικ.....
(Πίνακας 1)

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ/ ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Ειδικότητα Κωδ. Ειδικ.....
(Πίνακας 2)

Α.Μ. ΤΣΑΥ..... Ιατρικός Σύλλογος

Α.Μ.Κ.Α. Τηλ. επικοινωνίας

Φορέας Εργασίας: Ιδιώτης Ε.Σ.Υ. Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Άλλος

Φορέας.....

Ιδιότητα Ιατρού: Θεράπων Άλλος

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση

Πλήρους αδυναμίας μετακίνησης στο ΚΕ.Π.Α.

Ημερομηνία 20.....

Ο - Η Δηλ.....

(Υπογραφή - Σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο αιτούντος:

A.M.K.A. αιτούντος:

Ιστορικό ασθενούς/παρούσα κατάσταση/φαρμακευτική αγωγή/ημερομηνία εκδήλωσης νόσου/
νοσηλείες :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Εργαστηριακός έλεγχος που τεκμηριώνει την πάθηση

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Συνυπάρχουσες Παθήσεις

(όπως προκύπτουν από το ιστορικό του ασθενούς. Ο αιτών οφείλει να συμπεριλάβει στον ιατρικό φάκελο που θα καταθέσει στο ΚΕ.Π.Α. τυχόν γνωματεύσεις, ιατρικές εξετάσεις και νοσηλείες που αφορούν σε αυτές.)

Οι συνυπάρχουσες παθήσεις θα πρέπει να ενταχθούν σε μία από τις ειδικότητες υγειονομικών επιτροπών του Πίνακα 1. (Ακολουθούν παραδείγματα στις οδηγίες συμπλήρωσης του εντύπου).

1.Κωδικός.....
2.Κωδικός.....
3.Κωδικός.....

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής
.....

Ημερομηνία 20.....
Ο – Η Δηλ.....Ιατρός
(Υπογραφή - Σφραγίδα)