



Προηγμένη Ελάχιστα Επεμβατική,
Λαπαροσκοπική και Ρομποτική Χειρουργική

Advanced Minimally Invasive,
Laparoscopic & Robotic Surgery

Προσωπικά στοιχεία ασθενή

Όνομα ασθενούς: Φύλο: Α / Θ

Ημ. γέννησης:/...../..... Αριθμός Α.Τ.: Γλώσσα:

Διεύθυνση οικίας:

Πόλη: Τ.Κ.:

Τηλ. οικίας: Τηλ. εργασίας: Κιν. τηλ.:

E-mail:

Επάγγελμα:

Εργοδότης:

Εντέλων ιατρός (αν ισχύει):

Επαφή σε περίπτωση ανάγκης:

Σχέση: Τηλέφωνο (-α):

Έχετε ιδιωτική ασφάλιση; Ναι / Όχι

Ασφαλιστική Εταιρεία:

Όνομα ασφαλισμένου:

Αριθμός ασφάλειας:

Για ασθενείς κάτω των 18

Όνομα μητέρας:

Ημ. γέννησης:/...../..... Αριθμός Α.Τ.: Κιν. τηλ.:

E-mail:

Επάγγελμα: Εργοδότης:





Όνομα πατέρα:

Ημ. γέννησης:/...../..... Αριθμός Α.Τ.: Κιν. τηλ.:

E-mail:

Επάγγελμα: Εργοδότης:

Εξουσιοδοτώ το(-α) παρακάτω πρόσωπο(-α) να παραλάβει(-ουν) τις προστατευόμενες προσωπικές πληροφορίες σχετικές με την υγεία μου (όπως μέλη της οικογένειας):

Όνομα: Σχέση

Όνομα: Σχέση

Όνομα: Σχέση

Εξουσιοδότηση για παροχή υπηρεσιών / Παρακαλώ διαβάστε τα ακόλουθα και υπογράψτε στο τέλος του εντύπου.

Δια του παρόντος εξουσιοδοτώ την παροχή αμοιβής άμεσα προς τον Θεράποντα Ιατρό, προσωπικό ή εταιρεία για τις παρασχεθείσες ιατρικές υπηρεσίες. Κατανοώ ότι βαρύνομαι με οιοδήποτε μέρος του συνολικού οφειλόμενου ποσού δεν καλύπτεται από τον ασφαλιστικό Οργανισμό μου, ως ποσό ή ποσοστό συμμετοχής, επιστρεφόμενο ποσό, ή μη καλυπτόμενο κόστος. Κατανοώ ότι το ποσό συμμετοχής θα πρέπει να καταβάλλεται κατά τον χρόνο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατανοώ όλα τα προηγούμενα και δηλώνω υπεύθυνα ότι οι αναγραφόμενες πληροφορίες είναι, καθ' όσον μπορώ να γνωρίζω, αληθείς και ορθές και θα μοιραστεί μόνο με ιατρικούς επαγγελματίες οι οποίοι είναι άμεσα εμπλεκόμενοι στην φροντίδα μου.

Υπογραφή:..... Ημερομηνία: / /

