ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4η Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ - ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΛΚΙΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: Χ/κη.

Ημ/νία: 22/10/18
Αρ. Πρωτ: 7545.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλέφωνο:	
Ηλικία:		Ασφαλ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφ.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός [illegible] βεβαιώνω ότι ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενής

☑ Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την 22/10/18.

☐ Νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο μας,

- στην κλινική ____ από ____ έως ____
- στην κλινική ____ από ____ έως ____

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από αναφερόμενο ξυλοδαρμό, κάκωση δεξιού ώμου

Υπεβλήθη σε κλινικό-εργαστηριακό έλεγχο και ακτινολογικό έλεγχο

Αγωγή – Οδηγίες 1) Αποφυγή έντονης φυσικής άσκησης.
2) Παυσίπονα x 4 μέρες
3) Αναρρωτική άδεια 3 (τριών) ημερών.

Η παρούσα χορηγείται σε απάντηση της από ____ αίτησής του, για να χρησιμοποιηθεί:

Για κάθε νόμιμη χρήση.

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο/Η Διοικητικός Διευθυντής

Ο/Η Ιατρός

4η Δ.Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ - ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΙΛΚΙΣ
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ι.Κ.Α. - πρώην Ο.Π.Α.Δ.

Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - πρώην Ο.Π.Α.Δ.

ΣΥΝΤΑΓΗ

1810225862256 000

ΘΕΡΑΠΕΙΑ :	
ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΘΗΣΗ :	
ΕΚΑΣ :	
ΑΠΟ: **22/10/18** ΕΩΣ: **05/11/18**	

1810225862256 000

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ		ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ	
ΕΠΩΝΥΜΟ :		ΕΠΩΝΥΜΟ :	
ΟΝΟΜΑ :		ΟΝΟΜΑ :	
Α.Μ.Κ.Α. :		Α.Μ.Κ.Α. :	
Ε.Τ.Α.Α. :		Α.Μ.Α. :	ΑΜΕΣΟΣ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :	ΑΝΕΥ	ΑΣΦΑΛ. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ :	
		ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :	
ΜΟΝΑΔΑ :	Εξωτερικό ιατρείο κρατικού νοσοκομείου	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :	
		ΤΗΛΕΦΩΝΟ :	

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : **T14.6** Τραυματισμός τενόντων και μυών μη καθορισμένης περιοχής του σώματος / κακωση ωμου ΔΕ /

ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ: **PARACETAMOL,CAFFEINE,CODEINE PHOSPHATE HEMIHYDRATE**	ΠΟΣΟΤ
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: TAB (400+50+10)MG/TAB BTx20 (BLIST 2x10)	1
ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ : 1 ΔΙΣΚΙΑ x 2 φορές την ημέρα x 5 ημέρες	ΣΥΜΜΕΤ
ΟΔΗΓΙΑ :	25%
Πληρωτέο ποσό για τον ασφ/νο ΑΝΑ ΕΜΒΑΛΑΓΙΟ: 1.28€ *	
Λιανική τιμή φθηνότερου φαρμάκου: 5.1 €	

* Τα ποσά είναι ενδεικτικά και αφορούν σε εκτέλεση σε ιδιωτικό φαρμακείο.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ

Ποσότητα (τεμάχια)	Τιμή (€) Μονάδος	Τιμή (€) Αναφορας	Σύνολο (€)	Διαφορά (€)	Συμμετοχή (€) Ασφ/νου	Συμμετοχή (€) Ταμειου
	0%		10%		25%	

ΣΥΝΟΛΟ	:
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	:
ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΛΗΡΩΤΕΑ ΑΠΟ ΑΣΦ/ΝΟ	:
ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΛΗΡΩΤΕΑ ΑΠΟ ΤΑΜΕΙΟ	:
ΠΛΗΡΩΤΕΟ ΠΟΣΟ ΑΠΟ ΑΣΦ/ΝΟ	€
ΠΛΗΡΩΤΕΟ ΠΟΣΟ ΑΠΟ ΤΑΜΕΙΟ	€

Η ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΑΠΑΙΤΕΙ ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΑ ΕΝΤΥΠΑ ΤΟΥ Ν.1729/87 ΔΙΟΤΙ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ

Ο **Οικογενειακός Ιατρός** είναι μια νέα, **ΔΩΡΕΑΝ** λειτουργία του ΕΣΥ. Στο πλαίσιο της υποχρεωτικής εγγραφής σε Οικογενειακό Ιατρό (Γενικό Ιατρό ή Παθολόγο, Παιδίατρο), σας ενημερώνουμε ότι έχετε αυτόματα αντιστοιχισθεί. Για να ενημερωθείτε για τη διαδικασία εγγραφής μπορείτε να επισκεφτείτε την ιστοσελίδα rdv.ehealthnet.gr ή οποιαδήποτε δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ή συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ Οικογενειακό Ιατρό. Η εγγραφή σας σε διαθέσιμο Οικογενειακό Ιατρό πρέπει να ολοκληρωθεί έως την επόμενη προγραμματισμένη επίσκεψή σας σε ιατρό της ΠΦΥ.

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: **22/10/2018 15:44:12**

ΓΕΝ. ΧΩΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ

ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΑΦΟΡΜΕΙΚΗΣ