

Όνοματεπώνυμο αιτούντος :

A.M.K.A. αιτούντος :

Τρέχουσα θεραπευτική αγωγή:

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

Προηγούμενες θεραπείες

(αναφέρετε τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες ή διακοπή λόγω αναποτελεσματικότητας)

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

Σωματικό βάρος: BMI: Κάπνισμα (ναι/ όχι/ πρώην) :

Συνυπάρχουσες παθήσεις

(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)