

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό**

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς : Ηλικία :

1. Ημερομηνία Ατυχήματος :

1α. Ημερομηνία που εξετάσατε τον ασθενή για :

Πρώτη φορά : Τελευταία φορά : Σύνολο εξετάσεων

Εξετάστηκε ο ασθενής από άλλο γιατρό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, από ποιον και πότε;

2. α) Ποια η αιτία του ατυχήματος απ' ό,τι γνωρίζετε;

β) Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη ατυχήματος; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, περιγράψτε :

γ) Άλλες Κλινικές Διαπιστώσεις :

δ) Διάγνωση/Ακτινολογικά Ευρήματα (λεπτομερώς) :

ε) Θεραπεία που παρασχέθηκε :

3. α) Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο πελάτης, προκλήθηκαν εξ' ολοκλήρου, απ' ευθείας και ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη αιτία, από το ατύχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, περιγράψτε :

β) Νοσηλεύθηκε στο παρελθόν για παρόμοιο περιστατικό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες :

4. Ο ασθενής έμεινε κληήρης στο Νοσοκομείο/Κλινική; Από : Μέχρι :

5. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, αναφέρατε παρούσα κατάσταση και θεραπεία :

Δηλώνω ότι εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω όλες οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι αληθείς και ορθές.

Υπογραφή Γιατρού : Ειδικότητα : Ημερ. :

Όνοματεπώνυμο Γιατρού :

Αρ. Συμβολαίου : Όνομα Ασφαλ. : Υπογρ. Γονέα :