

ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΩΝ ΦΑΚΕΛΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑ:	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:	

ΑΙΤΗΣΗ

Παρακαλώ όπως μου χορηγηθεί αντίγραφο του Φακέλου Ασθενούς του:

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς:
για τη νοσηλεία που αφορά στο χρονικό διάστημα από/...../..... έως/...../..... προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για

Τα παραπάνω αντίγραφα επιθυμώ:

- Να τα παραλάβω ο ίδιος με την επίδειξη του Δελτίου Ταυτότητας μου, κατόπιν ελέγχου της νομιμοποίησής μου.
- Να τα παραλάβει τρίτο άτομο με προσκόμιση εξουσιοδότησης με θεωρημένο το γνήσιο υπογραφής του.
- Να αποσταλούν με courier στην διεύθυνση:
Οδός/Περιοχή Αριθμός:.....Τ.Κ
Τηλέφωνο:.....(κινητό).....(άλλο).....
- Να αποσταλούν με email στην διεύθυνση:.....

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Συμπληρώνεται σε περίπτωση επιτόπιας και αυτοπρόσωπης δήλωσης του ασθενούς/υποκείμενου των δεδομένων

Εξουσιοδοτώ τον/την ΤΟΥ
..... με ΑΔΤ, να παραλάβει από το Τμήμα Ιατρικών
Αρχείων του νοσοκομείου, αντίγραφο του Φακέλου Ασθενούς με προσκόμιση του Δελτίου Ταυτότητας.

Αιτών:		Ημερομηνία:	
	(Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή)		
Παραλαβών:		Ημερομηνία:	
	(Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή)		