

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b>	
<b>ΟΝΟΜΑ:</b>	
<b>ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:</b>	
<b>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:</b>	
<b>Α.Δ.Τ.:</b>	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:</b>	

**ΑΙΤΗΣΗ**

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε αντίγραφα του Φακέλου Ασθενούς μου για τη νοσηλεία / εξετάσεις που αφορούν το χρονικό διάστημα από \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ έως \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για \_\_\_\_\_ .

**Τα παραπάνω αντίγραφα επιθυμώ:**

- Να τα παραλάβω ο ίδιος με την επίδειξη του Δελτίου Ταυτότητας μου ή τρίτο άτομο με προσκόμιση εξουσιοδότησης με θεωρημένο το γνήσιο υπογραφής από ΚΕΠ ή Αστυνομικό Τμήμα.\*
- Να τα παραλάβει εξουσιοδοτημένο από εμένα άτομο με προσκόμιση του Δελτίου Ταυτότητάς του (*απαιτείται η συμπλήρωση της προβλεπόμενης παρακάτω εξουσιοδότησης*).\*
- Να μου αποσταλούν με courier ή συστημένη αποστολή και να παραληφθούν από εμένα από το πλησιέστερο στην παρακάτω διεύθυνση κατάστημα courier ή ΕΛΤΑ.

Οδός/Περιοχή: \_\_\_\_\_ Αριθμός: \_\_\_\_\_ Τ.Κ. \_\_\_\_\_

Κινητό τηλέφωνο επικοινωνίας: \_\_\_\_\_ Σταθερό τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Εξουσιοδοτώ τον / την \_\_\_\_\_ του \_\_\_\_\_ με Α.Δ.Τ. \_\_\_\_\_, να παραλάβει από το Τμήμα Ιατρικών Αρχείων του ΥΓΕΙΑ αντίγραφο του Φακέλου Ασθενούς με προσκόμιση του Δελτίου Ταυτότητας.

<b>Ο ΑΙΤΩΝ</b>		<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>	
	(Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή)		
<b>Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ</b>		<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>	
	(Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή)		

\* Η παραλαβή του Φακέλου γίνεται **καθημερινά 07:30 – 15:30** από το Τμήμα Ιατρικών Αρχείων, μετά το πέρας **πέντε (5) εργασιμών ημερών** από το εξιτήριο του ασθενούς. Πληροφορίες στο τηλέφωνο **210 686 7488**.