

ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Να συμπληρωθεί από τον Θεράποντα Ιατρό

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	
Όνομα Ασφαλισμένου:	Ημερ. Γεννήσεως:.....
Διεύθυνση :	Τηλέφωνο :
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	
Αναφέρατε λεπτομερώς τη φύση του ατυχήματος:.....	
Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του περιγραφόμενου ατυχήματος;	
Περιγράψατε	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
Διάγνωση :	
Πότε εξετάσατε τον ασθενή: Πρώτη :..... Τελευταία : Σύνολο εξετάσεων:	
Νοσηλεύθηκε ο ασθενής; Εάν ΝΑΙ Από Μέχρι.....	
Έγινε χειρουργική επέμβαση; ΝΑΙ / ΟΧΙ (Αν ναι, ποια και πότε)	
.....	
Εξετάσθηκε από άλλο ιατρό : (εάν ΝΑΙ από ποιόν και πότε);	
.....	
Έπασχε στο παρελθόν ή νοσηλεύθηκε για παρόμοιο περιστατικό;	
.....	
Από όσα γνωρίζετε υπέφερε ο ασφαλισμένος από σωματική βλάβη ή ασθένεια πριν από το ατύχημα ; (Εάν ναι περιγράψετε).	
.....	
.....	
Περιγράψατε την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς:	
.....	
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	
Υπάρχει περίπτωση αναπηρίας; ΝΑΙ/ ΟΧΙ	
Αν ΝΑΙ ποια και τι ποσοστό αναπηρίας προβλέπετε;	
.....	
ΔΗΛΩΣΗ	
Δηλώ υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις , ότι οι πιο πάνω απαντήσεις είναι αληθινές και πλήρεις	
Όνομα Ιατρού:	Ειδικότητα:
Διεύθυνση :	Τηλέφωνο:
Υπογραφή & Σφραγίδα:	Ημερομηνία: