ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Ονοματεπώνυμο 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' ότι 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 κλινήρης 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. : ……..

Ονοματεπώνυμο Γιατρού : ……

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

CL4BG