



**ΑΝΑΦΟΡΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ
ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

(Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό ατόμου που έχει παραπεμφθεί για αξιολόγηση αναπηρίας. Σε περίπτωση που το άτομο παρακολουθείται από περισσότερους από έναν θεράποντες ιατρούς οι οποίοι είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την αναπηρία του, το έντυπο αυτό θα πρέπει να συμπληρωθεί και από αυτούς. Σε περίπτωση που το άτομο δεν παρακολουθείται σε συνεχή βάση από θεράποντα ιατρό το έντυπο μπορεί να συμπληρωθεί από ιατρό με ειδικότητα άμεσα συσχετισμένη με την αναπηρία του ατόμου.)

Στοιχεία ατόμου

Όνοματεπώνυμο

Αρ. Δελτ. Ταυτότητας Ημερομηνία Γέννησης

Στοιχεία θεράποντος ή γνωματεύοντος ιατρού

Όνοματεπώνυμο

Ειδικότητα Α.Μ. Ιατρικού Συλλόγου

Εργαζόμενος στο Δημόσιο Ιδιώτης Διεύθυνση

Τηλέφωνο FAX e-mail

Ημερομηνία πρώτης εξέτασης από τον ιατρό ___/___/____

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ παρόντων κύριων προβλημάτων υγείας.

(Συμπληρώστε και τους κωδικούς ICD-10 εάν αυτό είναι δυνατόν, προαιρετικά. Αρχίστε από το πιο σημαντικό νόσημα, δηλαδή εκείνο που του προκαλεί τη μεγαλύτερη δυσλειτουργία και καταγράψτε στη συνέχεια τα λιγότερο σημαντικά.)

..... Έναρξη από: Κωδικός ICD:

..... Έναρξη από: Κωδικός ICD:

..... Έναρξη από: Κωδικός ICD:

Φαρμακευτική Αγωγή	Δοσολογία	Έναρξη από
.....
.....
.....
.....

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ / ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ:

Τύπος Εξέτασης	Ημερομηνία	Αποτελέσματα

ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

(Δώστε ένα σύντομο ιστορικό των προβλημάτων υγείας του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων για τα οποία νοσηλεύθηκε πρόσφατα σε κλινική/ νοσοκομείο. Αναφέρετε με χρονολογική σειρά τα νοσήματα από τα οποία υποφέρει και τα οποία είναι σε γνώση σας, ανεξάρτητα αν εμπίπτουν στην ειδικότητά σας ή όχι, όπως και το ιστορικό νοσηλειών του σε νοσοκομεία. Η περιγραφή σας πρέπει να περιλαμβάνει επίσης στοιχεία για τη νοσηλεία του ατόμου και την πορεία της υγείας του, όπως και την παρακολούθησή του ως εξωτερικού επισκέπτη.)

Βεβαιώνεται η ακρίβεια των ανωτέρω αναγραφόμενων στοιχείων τα οποία υποβάλλονται προς το Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες.

Υπογραφή, ονοματεπώνυμο και σφραγίδα του θεράποντος ιατρού

Ημερομηνία