

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ**

Για την έκδοση αντιγράφων από τον Ιατρικό Φάκελο του/της:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:..... Όνομα:.....

Ημερομηνία γέννησης:..... Αρ. Δελτίου ταυτότητας:.....

Διεύθυνση:..... Τηλ. Ασθενούς:.....

Αριθμός Μητρώου:..... Όροφος Νοσηλείας:.....

Ημ/νία Εξόδου:..... Θεράπων Ιατρός:.....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ( ΓΟΝΕΑΣ Η ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ ) σε περίπτωση νεογνού/ανηλίκου**

Επώνυμο:..... Όνομα:.....

Αρ. Δελτ. Ταυτότητας:.....

Διεύθυνση:.....

Τηλέφωνο:.....

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε:

**Σημειώσεις:**

Νίκαια Λάρισας...../...../.....

Παρακαλώ να σταλούν:

Για να χρησιμοποιηθούν:

**Ο/Η αιτών/ούσα****ΑΠΟΔΕΙΞΗ****ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΦΑΚΕΛΟΥΣ ΤΟΥ «ΙΑΣΩ Θεσσαλίας»**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η κύριος/κυρία .....  
κάτοικος.....στην οδό.....αρ.....  
τηλέφωνο.....με αρ. ταυτότητας.....  
παρέλαβα από τον ιατρικό φάκελο .....με αρ.  
μητρώου..... για το διάστημα νοσηλείας του /της  
από ..... εως .....τα παρακάτω αντίγραφα:

.....  
.....

Ημερομηνία...../...../...

**Ο/Η παραδούς****Ο/Η παραλαβών/ούσα**

Ε.Δ.ΙΑ.010.Θ-1/1