

Ιατρικό Πιστοποιητικό Ατυχήματος / Ασθένειας

Το πιστοποιητικό αυτό πρέπει να συμπληρωθεί από τον ιατρό του Ασφαλισμένου και να υποβληθεί μαζί με τη Αίτηση Αποζημίωσης Ατυχήματος / Ασθένειας.

Για Νοσηλεία σε Νοσοκομείο ή Κλινική καθώς και για εξετάσεις.

Όνοματεπώνυμο Ιατρού.....

Διεύθυνση Τηλέφωνο..... email.....

Ασθενής:..... Αρ. Ταυτότητας:..... Ηλικία

Επάγγελμα

1. (α) Αναφέρατε λεπτομερώς τη φύση του ατυχήματος

.....

(β) Υπήρξαν εξωτερικά ορατά σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του περιγραφόμενου ατυχήματος; Αν ναι περιγράψετε)

(γ) Ακριβής Διάγνωση

Σε περίπτωση κάκωσης να σημειωθεί ο βαθμός της π.χ. Διάστρεμμα I ή II ή III βαθμού / Θλάση ελαφρά ή βαριά

2. (α) Αναφέρατε την ημερομηνία της πρώτης και της τελευταίας εξετάσεως.

Πρώτη εξέταση στις Τελευταία στις Σύνολο εξετάσεων

Έγινε χειρουργική επέμβαση; (Αν ναι περιγράψετε)

(β) Εξετάστηκε προηγουμένως από άλλο γιατρό; (Αν ναι, από ποιο και πότε;)

3. Περιγράψετε την εξέλιξη και πρόγνωση της κατάστασης του ασθενούς σε περίπτωση επανεξέτασης του για την ίδια αιτία ανικανότητας

4. (α) Έπασχε στο παρελθόν ή νοσηλεύθηκε για παρόμοιο περιστατικό:

(β) Από όσα γνωρίζετε υπέφερε ο ασφαλισμένος από σωματική βλάβη ή ασθένεια πριν από το ατύχημα; Αυτό συνέβαλε στην πρόκληση του ατυχήματος ή την παράταση της ανικανότητας:

5. Για πόσο χρόνο ο ασθενής έμεινε κλινήρης; στο νοσοκομείο από μέχρι
στο σπίτι από μέχρι

6. Για πόσο χρόνο κρίνετε τον ασθενή ολικά ανίκανο για εργασία σύμφωνα με το επάγγελμα του;

Από Μέχρι

7. Πότε ανέλαβε ή πότε μπορεί κατά τη γνώμη σας να αναλάβει έστω και μερική εργασία:

8. Υπάρχει περίπτωση αναπηρίας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι τι ποσοστό αναπηρίας προβλέπετε;

9. Αναφέρατε τυχόν συμπληρωματικά στοιχεία για εκτίμηση του ατυχήματος.

Βεβαιώνω ότι οι απαντήσεις μου στις πιο πάνω ερωτήσεις είναι αληθινές και πλήρεις.

Υπογραφή και σφραγίδα Ιατρού

Ημερομηνία