

Γ. ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Όνομα ιατρού ή Νοσοκομείου/Κλινικής που νοσηλευτήκατε :

.....

Τηλ. Ιατρού /Νοσοκομείου : Νοσηλεία από/...../..... έως...../...../.....

Ποιά Αστυνομική Αρχή έλαβε γνώση ; Πότε;

Δόθηκε αναρρωτική άδεια; ΝΑΙ ΟΧΙ, από/...../..... μέχρι/...../..... Συνεχίζεται;.....

Ασχοληθήκατε ή πρόκειται να ασχοληθείτε, έστω και μερικώς με την εργασία σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Από πότε;.....

Ποιές εξετάσεις ή φάρμακα ή άλλου είδους θεραπεία σας συνέστησε ο θεράπων ιατρός σας;.....

.....

.....

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

<input type="checkbox"/> Ιατρική γνωμάτευση	<input type="checkbox"/> Αποδείξεις ιατρών	αρ.....	Ποσό
<input type="checkbox"/> Ιατρικό παραπεμπτικό για εξετάσεις	<input type="checkbox"/> Αποδείξεις φαρμάκων	αρ.....	Ποσό
<input type="checkbox"/> Ιατρική συνταγή	<input type="checkbox"/> Αποδείξεις εξετάσεων	αρ.....	Ποσό
<input type="checkbox"/> Ιατρικό ιστορικό	<input type="checkbox"/> Αποδείξεις νοσηλείας	αρ.....	Ποσό
<input type="checkbox"/> Αποτελέσματα εξετάσεων			

ΑΛΛΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ.....

.....

.....

.....

ΧΩΡΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

.....

.....

.....

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδή και ανακριβή δήλωση, ότι οι παραπάνω απαντήσεις μου είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθινές και εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς ή τα νοσοκομεία/κλινικές ή άλλα ιδρύματα να δώσουν στην ΑΕΓΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ οποιαδήποτε πληροφορία και αντίγραφα των αρχείων τους, σχετικά με την απαίτησή μου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....

Παρελήφθη την/...../.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

Από (υπογραφή)