

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Εμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς : ..... Ηλικία : .....  
 Επάγγελμα : .....

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' ό τι 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 κλινίρης στο Νοσοκομείο/Κλινική; Από : ..... Μέχρι : .....
5. Έχετε δώσει στον ασθενή αναρρωτική άδεια; Από : ..... Μέχρι : .....
6. Κατά την περίοδο της αναρρωτικής άδειας ο ασθενής
- α) Θα μπορούσε να επιβλέπει την εργασία του ή να εργαστεί μερικώς; Από : ..... Μέχρι : .....
- β) Ήταν εντελώς ανίκανος για εργασία ή επίβλεψη της εργασίας; Από : ..... Μέχρι : .....
- γ) Πότε προβλέπετε να επιστρέψει στην εργασία του; .....
7. 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. : .....

Όνοματεπώνυμο Γιατρού : .....

Αρ. Συμβολαίου : ..... Όνομα Ασφαλ. : ..... Υπογρ. Ασφαλ. ....