

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ
Συμπληρώνεται 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' ότι 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 κλινής 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 :
8. Σε περίπτωση μακροχρόνιας περιόδου αποθεραπείας, πότε προβλέπετε να επιστρέψει στην εργασία του;

Δηλώνω ότι εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω όλες οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι αληθείς και ορθές.
 Υπογραφή Γιατρού : Ειδικότητα : Ημερ. :
 Όνοματεπώνυμο Γιατρού :