

## 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 κλινήρης 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 : .....

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