



Ημερομηνία : 27/03/2020



022020022746085

**ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΕΚΠΥ**

Α.Μ.Κ.Α. Εξεταζόμενου

Α/Α Γνωμάτευσης (σε μήνες) : 1

Όνομ/μιο Εξεταζόμενου

Διεύθυνση

Τ.Κ. : Πόλη

Τηλέφωνο

e-mail :

Ημερ.Γέννησης

Α.Μ.Κ.Α. Ιατρού

Ο(Η) υπογεγραμμένος Ιατρός με Α.Φ.Μ.:02

Υγειονομική Δομή

Εξέτασα τον ανωτέρω ασθενή την :27/03/2020

Κατηγορία Παροχής : Ορθοπαιδικά

Αριθμός Απόφασης ΚΕΠΑ

Ημερομηνία ΚΕΠΑ

Δικαιούχος εξωδρυματικού επιδόματος παραπληγίας – τετραπληγίας

Διάρκεια Ισχύος Από :27/03/2020

Διάρκεια Ισχύος Έως : 26/04/2020

Περιγραφή Υλικού	Μηνιαία Ποσότητα (τμχ)/ Κατανάλωση (lt)	Κωδικός Διάγνωσης	Περιγραφή Διάγνωσης
00050 ΑΝΑΠΗΡΙΚΟ ΑΜΑΞΙΔΙΟ ΑΠΛΟ	1	274.0	Μειωμενη κινητικοτητα
Σχόλια: ΜΟΝΙΜΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΒΑΔΙΣΗΣ			Συμμετοχή: 0 %
Διάγνωση Μηδενικής Συμμετοχής / Χρόνια Πάθηση:			Συνολική Ποσότητα Είδους: 1
Διάγνωση προς Α.Υ.Σ/Δ.Σ:			
Διάρκεια Θεραπείας (σε μήνες): 1			

Η παρούσα γνωμάτευση εκτελείται μοναδικά εντός χρονικού διαστήματος από 27/03/2020 έως 26/04/2020

Συνδεθείτε στον προσωπικό σας Φάκελο Ασφάλισης Υγείας. Ενημερωθείτε καθημερινά για τις παροχές που λαμβάνετε και επικοινωνήστε εγκαίρως μέσω μηνυμάτων με τον Οργανισμό. Αποκτήστε πρόσβαση από το κεντρικό site του ΕΟΠΥΥ/Εφαρμογές/Φάκελος Ασφάλισης Υγείας.

Υπογραφή Ιατρού :

Υπογραφή Ελεγκτή Ιατρού :