



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

Αθήνα, 10-6-15
Αρ. Πρωτ.: ΔΒ4Γ/Γ55/15/οικ.23163

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ: ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ, ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ
& ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΛΕΓΧΩΝ**

Ταχ. Δ/νση: Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι
Ταχ. Κώδικας: 15123
Πληροφορίες: Ι. Μέντης
Τηλ.: 2108110663, Φαξ: 2108110694
E-mail: d6@eopyy.gov.gr

Προς:
1. Περ/κές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ
(Τμήματα Παροχών Ασθένειας)
2. Διοίκηση ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
Διεύθυνση Παροχών

ΘΕΜΑ : «Έκδοση ιατρικών γνωματεύσεων από Νοσοκομεία»

Κατόπιν ερωτημάτων τα οποία υποβλήθηκαν στην Υπηρεσία μας σχετικά με τη μορφή των ιατρικών γνωματεύσεων, οι οποίες εκδίδονται από Νοσοκομεία και γίνονται αποδεκτές από την Υπηρεσία μας, προκειμένου να αποζημιωθούν τα αναλώσιμα υγειονομικά υλικά τα οποία περιγράφονται στην υπ'αρ.55471 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 1561/21-6-13) και τα εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ σκευάσματα διατροφής για ειδικούς ιατρικούς σκοπούς, επισημαίνεται ότι: οι εν λόγω γνωματεύσεις θα πρέπει να υπογράφονται από τον θεράποντα ιατρό, να θεωρούνται για το γνήσιο της υπογραφής από τον Διοικητικό Διευθυντή, να φέρουν αριθμό πρωτοκόλλου και να έχουν τη μορφή του εντύπου που επισυνάπτεται στο παρόν.

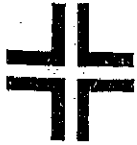
Συνημ.: Ένα (1) φύλλο

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

ΚΟΝΤΟΣ Δ.

Κοινοποίηση:

1. Γρ. Προέδρου ΕΟΠΥΥ
2. Γρ. Αντιπροέδρου
3. Διεύθυνση Πληροφορικής ΕΟΠΥΥ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ
Δ.Υ.ΠΕ.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

472

Ημ/νία: Αρ. Πρωτ:

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ - ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ			
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Ασφαλ. Φορέας:	<input type="text"/>
		Αρ. Μητρ. Ασφ.:	<input type="text"/>
		Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
		Τηλέφωνο:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ			
Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός <input type="text"/>			βεβαιώνω ότι ο/η υπό τω
ανωτέρω στοιχεία ασθενής			
<input type="checkbox"/>	Εξετάσθηκε στα Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π. την <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο μας,		
•	στην κλινική <input type="text"/>	από <input type="text"/>	έως <input type="text"/>
•	στην κλινική <input type="text"/>	από <input type="text"/>	έως <input type="text"/>

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ:	
Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Υπεβλήθη σε	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Αγωγή - Οδηγίες	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Η παρούσα χορηγείται σε απόφαση της από <input type="text"/> αίτησής του, για να χρησιμοποιηθεί:	
<input type="text"/>	

Θεωρήθηκε για το γνήσιο της υπογραφής

Ο Διοικητικός Διευθυντής

Ο Ιατρός

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ - FAX)