



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ



ΑΙΤΗΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ/ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ/
ΑΝΤΙΓΡΑΦΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ
ΜΗΤΕΡΑΣ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΟΔΟΣ:.....

ΑΡΙΘΜΟΣ..... ΤΚ.....

ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ
ΣΤΑΘΕΡΟ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ
ΚΙΝΗΤΟ:.....

E-mail:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ
ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:.....

Αιτιολόγηση/λόγος έκδοσης του πιστοποιητικού

☐ Δικαστική χρήση.....

☐ Επιτροπή ΚΕΠΑ.....

☐ Ιατρικοί λόγοι.....

Επισυνάπτεται:

- ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ
- ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
- ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑΣ (για ανηλίκους)
- Άλλο ΕΓΓΡΑΦΟ

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ή ΕΙΣΑΓΓΕΛΙΚΗ ΕΝΤΟΛΗ για χορήγηση στοιχείων
Ιατρικού φακέλου σε τρίτο άτομο.**

Ημερομηνία / / 20.....

ΠΡΟΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ/ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΓΝΡ
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Ή ΕΞΕΤΑΣΗΣ

- ΤΜΗΜΑΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
- ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
- ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

- Θεράπων Ιατρός
- Διευθυντής Κλινικής

Κοινοποίηση:

α'. ΑΡΧΕΙΟ

β'. Προϊσταμένη/ος Νοσηλευτικού Τμήματος/Κλινικής
ή Προϊστάμενο/η ΤΕΠ Ή ΤΕΙ

γ'. Ιατρική Υπηρεσία

δ'. Νοσηλευτική Υπηρεσία

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε:

για το χρονικό διάστημα από

.....έως.....

Σε περίπτωση αίτησης αντιγράφου Φακέλου ή μέρος αυτού,
πρέπει να υπάρχει παράλληλα, προσωπική συνεννόηση με
τον θεράποντα ιατρό ή τον Διευθυντή του Τμήματος.

Ο/Η Αιτ.....

(υπογραφή-ονοματεπώνυμο)

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗ:.....

ΚΩΔ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:.....

Η συμπλήρωση της αίτησης δηλώνει συμφωνία διαχείρισης-ενημέρωσης-
επεξεργασίας Προσωπικών δεδομένων του αιτούντος-ασθενή.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΕΘΥΜΝΟΥ



ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
Ασθενής	(1) Ταυτότητα
Τρίτος (συγγενής ή μη)	(1) Εξουσιοδότηση από τον Ασθενή με βεβαιωμένο το γνήσιο της υπογραφής (2) Αναγραφή συγκεκριμένης νοσηλείας στην οποία θα πρέπει να αναφέρεται, για την οποία ζητούνται τα αντίγραφα του ιατρικού φακέλου (3) Ταυτότητα
Γονείς για ανήλικο τέκνο (που έχουν την επιμέλεια)	(1) Ληξιαρχική πράξη γέννησης ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (2) Ταυτότητα
Κληρονόμοι αποβιώσαντος ασθενή	(1) Ληξιαρχική πράξη θανάτου (2) Πιστοποιητικό εγγυτέρων συγγενών (3) Πιστοποιητικό δημοσίευσης διαθήκης ή μη (4) Αντίγραφο της διαθήκης (σε περίπτωση που υπάρχει διαθήκη) (5) Ταυτότητα (6) Εφ' όσον δεν πρόκειται για κληρονόμους, αλλά για άτομα που έχουν νόμιμο συμφέρον, θα πρέπει να προσκομίζεται εντολή από Εισαγγελέα.
Δικαστικοί συμπαράστατες/ διορισμένοι επίτροποι	(1) Αντίγραφο της απόφασης διορισμού (2) Ταυτότητα
Ασφαλιστικός φορέας	(1) Εξουσιοδότηση από τον Ασθενή με βεβαιωμένο το γνήσιο της υπογραφής (2) Αναγραφή συγκεκριμένης νοσηλείας στην οποία θα πρέπει να αναφέρεται, για την οποία ζητούνται τα αντίγραφα του ιατρικού φακέλου (3) Ταυτότητα

Τα υποβληθέντα στοιχεία τυγχάνουν επεξεργασίας σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (Γενικός Κανονισμός 678/2016 ΕΕ), με σκοπό τη διεκπεραίωση του αιτήματός σας και τηρούνται για το απαιτούμενο από τη νομοθεσία χρονικό διάστημα. Τα στοιχεία σας φυλάσσονται σε ηλεκτρονικό και φυσικό αρχείο το οποίο κατά περίπτωση μπορεί να διατεθεί και σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες εντός ή εκτός του οργανισμού οι οποίες εμπλέκονται στη διεκπεραίωση του αιτήματός σας. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να ανατρέξετε στην Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Νοσοκομείου μας, η οποία βρίσκεται αναρτημένη στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου. Υπεύθυνος Προστασίας προσωπικών δεδομένων του Νοσοκομείου έχει οριστεί ο κος Βλάχος Απόστολος, με τον οποίο μπορείτε να επικοινωνείτε στο τηλέφωνο 211 11 33 583 ή στο email dpo@prostasiadedomenon.gr