



ΜΙΚΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ  
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

## Αίτηση παροχής πρόσβασης σε προσωπικά δεδομένα υγείας

Παρακαλούμε συμπληρώστε όλα τα απαραίτητα πεδία ώστε να μπορέσουμε να αναγνωρίσουμε την/τις αναφορές ασθενών για τις οποίες υποβάλλετε την αίτηση. Με βάση τις παρεχόμενες πληροφορίες, θα προσπαθήσουμε να εντοπίσουμε τα εργαστηριακά αποτελέσματα που αιτείστε.

Τα ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ πεδία σημειώνονται με \*

1. Πληροφορίες ασθενούς	Όνοματεπώνυμο*: _____ Άλλα ονόματα (ψευδώνυμα, εναλλακτική γραφή, προηγούμενο όνομα κ.α.) _____ Ημερομηνία Γέννησης*: _____ Τηλέφωνο: _____ Διεύθυνση*: _____ _____ ΑΜΚΑ: _____ Ιδ. Ασφάλεια: _____
-------------------------	---

2. Πληροφορίες εξετάσεως	Όνομα παραπέμποντος Ιατρού ή ονομασία ιατρικού κέντρου*: _____ _____ Διεύθυνση παραπέμποντος*: _____ _____ Ημερομηνία παραγγελίας υπηρεσιών (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕ), κατά προσέγγιση*: _____ Τηλέφωνο παραπέμποντος: _____
--------------------------	--



3. Εξουσιοδότηση	<p>Ο κάτωθι υπογεγραμμένος, αιτούμαι όπως η ΜΙΚΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ αναζητήσει το αρχείο της και παράσχει είτε σ' εμένα είτε στο άτομο που αναφέρεται στον πίνακα 4 ένα αντίγραφο της αναφοράς ή των αναφορών ασθενούς. ΣΗΜ: Σε περίπτωση που είσαστε νόμιμος εκπρόσωπος του ασθενούς παρακαλώ όπως παράσχετε απόδειξη της εκπροσώπησης (ιατρικό πληρεξούσιο, δικαστική εντολή, δικηγορικό πληρεξούσιο κλπ)</p> <p>Όνοματεπώνυμο*: _____</p> <p>Σχέση με ασθενή*: (επιλέξτε ένα) <input type="checkbox"/> Ο ίδιος <input type="checkbox"/> Γονέας <input type="checkbox"/> Κηδεμόνας (απαρ. απόδειξη)</p> <p><input type="checkbox"/> Νόμιμος Εκπρόσωπος (απαρ. απόδειξη)</p> <p>Υπογραφή*: _____ Ημερομηνία*: _____</p>
------------------	---

4. Παράδοση	<p>Αποστολή σε (Όνοματεπώνυμο)*: _____</p> <p>Διεύθυνση (αν διαφορετική από παραπάνω): _____</p> <p>_____</p> <p>Ή Φαξ _____ ή διεύθυνση e-mail: _____</p>
-------------	--

Παρακαλώ υποβάλετε τη συμπληρωμένη αίτηση (και την απόδειξη εκπροσώπησης σε περίπτωση που αυτό απαιτείται) στη παρακάτω διεύθυνση:

ΜΙΚΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ – Ι.Δ.ΧΑΤΖΗΜΠΟΥΓΙΑΣ ΕΕ, Μητροπόλεως 88, τ.κ. 54622, Θεσσαλονίκη

Ή Fax στο 2310 232272

Η ΜΙΚΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ δεσμεύεται να απαντήσει εντός 30 ημερών από τη παραλαβή της αίτησης.