



ΜΙΚΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ

ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Αίτηση παροχής δεύτερης ιατρικής γνώμатуσης (ΔΕΥΤΕΡΗ ΓΝΩΜΗ)

Συμπλήρωσε ως εξής:

1. Η πρώτη ενότητα αυτής της αίτησης περιλαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες για τον ασθενή.
2. Η δεύτερη ενότητα θα πρέπει να συμπληρωθεί από το γιατρό σας, στην περίπτωση που θέλετε να χρεωθεί η γνώμάτευση στο πρόγραμμα ασφαλιστικής σας κάλυψης.
Σημ: Υπάρχει περίπτωση το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα να μην καλύπτει το κόστος μιας δεύτερης γνώμάτευσης κατ' απαίτηση του ασθενούς. Επικοινωνήστε με την ασφαλιστική σας εταιρία ώστε να ενημερωθείτε σχετικά
3. Η τρίτη ενότητα, στην περίπτωση που θέλετε να χρεωθεί το πρόγραμμα ασφαλιστικής σας κάλυψης, πρέπει να συμπληρωθεί
4. Η τελευταία ενότητα είναι μια φόρμα μέσω της οποίας μπορείτε να αιτηθείτε να σας παρέχουμε ένα αντίγραφο των αποτελεσμάτων και της διάγνωσης σας, όπως προβλέπεται στο άρθρο 12 του ν. [2472/1997](#).
5. Για όσους ασθενείς πληρώνουν ατομικά: Παρακαλούμε συμπληρώστε και εκτυπώστε την **Ενότητα 1**, την **αίτηση παροχής αντιγράφου αποτελεσμάτων** και αποστείλτε τα μας μαζί με τα slide (πλακίδια Αιματοξυλίνης/Εωσίνης) και τους κύβους παραφίνης των ιστολογικών σας εξετάσεων.



Πληροφορίες για τον ασθενή – Ενότητα 1

Αίτηση ασθενούς για παθολογική γνωμάτευση, ατομικά πληρωτέα.

Συμπληρώστε την Ενότητα 1, για να πληρώσετε με πιστωτική, επικοινωνήστε στο 2310232272

6. *Αν η ασφαλιστική σας εταιρία καλύπτει τα κόστη, η αίτηση για τη γνωμάτευση πρέπει να γίνει από τον ιατρό σας. Ζητήστε του να συμπληρώσει τις Ενότητες 2 και 3 και υποβάλετε τα έγγραφα μαζί με τα slide (πλακίδια Αιματοξυλίνης/Εωσίνης) και τους κύβους παραφίνης των ιστολογικών σας εξετάσεων.*

Σημ: *Πιθανώς να επικοινωνήσουμε με τον ασθενή και/η την ασφαλιστική εταιρία.*

Όνομα ασθενούς: _____

Διεύθυνση: _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Νομός _____ Χώρα _____ Τ.Κ _____

Σταθερό Τηλέφωνο: _____ Κινητό Τηλέφωνο: _____

Ημερομηνία Γέννησης: _____ ΑΜΚΑ: _____

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα E-Mail: _____

Αιτιολογικό ασθενούς για την αίτηση μιας δεύτερης γνωμάτευσης:

Συγκεκριμένες ερωτήσεις ασθενούς:



Πληροφορίες για τον ασθενή – Ενότητα 1 (συνέχεια)

Επιθυμείτε να αποσταλεί ένα αντίγραφο της γνωμάτευσης στον θεράποντα ιατρό σας; Ναι Όχι

Όνομα θεράποντος Ιατρού: _____

Όνομα,

Επώνυμο,

Τίτλος

Διεύθυνση: _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Νομός _____ Χώρα _____ Τ.Κ. _____

E-mail: _____



ΔΕΥΤΕΡΗ ΓΝΩΜΗ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

**** αν επιθυμείτε τα κόστη να καλυφθούν από την ασφαλιστική σας, η ενότητα αυτή πρέπει να συμπληρωθεί από τον ιατρό σας. ****

Ενότητα 2

Η αίτηση για την παρούσα γνωμάτευση έγινε από τον θεράποντα Ιατρό

Όνομα θεράποντος Ιατρού: _____ Αρ. Μητ: _____

Όνομα, Επώνυμο,

Διεύθυνση: _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Νομός _____ Χώρα _____ Τ.Κ _____

Τηλέφωνο: _____ Φαξ: _____ E-Mail: _____

Όνομα ασθενούς: _____ Ημερομηνία Γέννησης: _____

Ιατρικό Ιστορικό ασθενούς:



Ενότητα 2 (συνέχεια)

Αιτιολογικό για τη διαβούλευση / συγκεκριμένες ερωτήσεις (απαιτείται)

- Επιβεβαίωση της διάγνωσης με στόχο θεραπευτική αγωγή
- Επιβεβαίωση διφορούμενης διάγνωσης με στόχο θεραπευτική αγωγή
- Επίλυση ασυμφωνίας μεταξύ κλινικών και ιστοπαθολογικών ενδείξεων με στόχο τη θεραπευτική αγωγή
- Άλλο: _____

Κύρια διάγνωση:

Υπογραφή αιτούντος ιατρού: _____ Ημερομηνία: _____

ΥΠΟΒΛΗΘΕΝ ΥΛΙΚΟ:

Συνολικός αριθμός slide: Αρ.Πρωτοκολ. ασθενούς/ων: _____

Συνολικός αριθμός block: Αρ.Πρωτοκολλ. ασθενούς/ων: _____

Άλλο υλικό: _____

Ποια από τα υποβληθέντα υλικά επιθυμείτε να σας επιστραφούν;

Επιτρέπετε στην εταιρία μας να αναπαράξει και διατηρήσει στο αρχείο της το υποβληθέν υλικό σας;

Όλα

Κανένα

Ναι

Όχι

