

ΜΕΛΑΘΡΟΝ ΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΤΗΣ ΕΟΚΑ
ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ Β
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΙΣΔΟΧΗ

ΜΕΡΟΣ Ι

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΦΥΛΟ: ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: ΗΛΙΚΙΑ:

ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤ.:

ΕΓΓΑΜΟΣ - ΑΓΑΜΟΣ - ΧΗΡΟΣ/Α ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ: ΝΑΙ - ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Πάσχετε από φυματίωση - ηπατίτιδα ή άλλο μεταδοτικό νόσημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πάσχετε από Νεοπλασία (καρκίνο); ΝΑΙ ΟΧΙ

Πάσχετε από ψυχιατρικό νόσημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αντιμετωπίζετε άλλο πρόβλημα υγείας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αναφέρετε την κατάστασή σας και από τι υποφέρετε:

Όνομα και τηλέφωνο προσωπικού Ιατρού (εάν υπάρχει):

(Παρακαλώ όπως επισυνάψετε ιατρικό πιστοποιητικό)

Όνομα και τηλέφωνο συγγενούς με τον οποίο η Διεύθυνση του Μελάθρου θα έρχεται σε επαφή:

Η εισαγωγή στη Μονάδα Αποκατάστασης θα γίνεται μετά την αξιολόγηση από τους Ιατρούς του Μελάθρου.

-Απαγορεύεται αυστηρώς σε ιδιώτες Φυσιοθεραπευτές να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς της Μονάδας Αποκατάστασης.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:.....