



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ &
ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΑΡΧΗΓΕΙΟ ΛΙΜΕΝΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ-
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΚΤΟΦΥΛΑΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ**

Ταχ. Δ/ση : Ακτή Βασιλειάδη (Πύλη Ε1-Ε2)
Ταχ. Κώδικας : 185 10 Πειραιάς
Τηλέφωνο : 213 137 1070-4445
email : yg@hcg.gr

Πειραιάς, 31-03-2021
Αριθ. Πρωτ.: 2530.1/22913/2021

ΠΡΟΣ: Ως Π.Δ.

ΘΕΜΑ: «Συνήθεις αναρρωτικές άδειες εν ενεργεία στελεχών ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ. - Συμπλήρωση υποδείγματος».

Σχετ: α) Οι διατάξεις του αρθ.5 παρ.2,3 του Π.Δ. 80/2015 «Άδειες απουσίας του προσωπικού Λ.Σ ΕΛ.ΑΚΤ.»(Α'153).
β) Οι διατάξεις του Ν.Δ. 1327/1973 (Α'16) « Περί των Υγειονομικών Επιτροπών των Ενόπλων Δυνάμεων».

Τα εν ενεργεία στελέχη ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ. δύνανται να επισκέπτονται ιδιώτες Ιατρούς τις επιλογής τους για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας τους. Οι ιδιώτες Ιατροί ή οι Ιατροί Δημοσίων Δομών Υγείας, πλην στρατιωτικών νοσοκομείων, όπου οι αναρρωτικές άδειες χορηγούνται από επιτροπές αναρρωτικών αδειών που λειτουργούν ειδικά προς τον σκοπό αυτό, παρακαλούνται όπως χορηγούν, κατά την κρίση τους, αναρρωτική άδεια, συμπληρώνοντας το επισυναπτόμενο υπόδειγμα βεβαίωσης χορήγησης αναρρωτικής άδειας και σημειώνοντας αναλυτικά τον τυχόν παρακλινικό έλεγχο που διενέργησαν.

Η βεβαίωση αυτή μαζί με το μητρώο ασθενειών του στελέχους της τελευταίας διετίας θα υποβάλλονται υπηρεσιακά από την Υπηρεσία του στελέχους προς έγκριση, όπως προβλέπεται από τη νομοθεσία, στην Ανώτατη Ναυτική Υγειονομική Επιτροπή όπου η αυτοπρόσωπη παρουσία του στελέχους είναι υποχρεωτική.

Παρακαλούμε για την κοινοποίηση του παρόντος σε όλους τους ιατρικούς συλλόγους και στα μέλη τους προς ενημέρωσή τους και την ανταπόκρισή τους σχετικά με τη διαδικασία χορήγησης αναρρωτικών αδειών σε στελέχη ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ.

Ευχαριστούμε θερμά για την συνεργασία σας.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΑΡΧΙΠΛΟΙΑΡΧΟΣ Λ.Σ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΕΛΛΟΣ Γ.

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ:

Υπόδειγμα βεβαίωσης χορήγησης
αναρρωτικής άδειας στελέχους ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ:

I. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ:

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
Πλουτάρχου 3, Αθήνα 106 75 (pisinfo@pis.gr)

II. ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΠΡΟΣ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ (υτα):

1. Υ.ΝΑ.Ν.Π./Α.Λ.Σ.-ΕΛ.ΑΚΤ./Γρ.κ. Α/ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ.
2. Υ.ΝΑ.Ν.Π./Α.Λ.Σ.-ΕΛ.ΑΚΤ./ Γρ.κ. Β' Υ/ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ.
3. Υ.ΝΑ.Ν.Π./Α.Λ.Σ.-ΕΛ.ΑΚΤ./ Γρ.κ. ΔΚΔ – ΔΠ

ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ
ΣΕ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ.

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα Ιατρός με
ΑΜΚΑ: , αρ.ΤΣΑΥ:
και ΑΜΙΣ: εξέτασα τον/την
..... την
..... και ώρα στο ιατρείο/κλινική επί της οδού
.....

Σύντομο Ιστορικό-παρουσίαση νόσου (κλινική εικόνα-συμπτωματολογία):

.....
.....
.....
.....

Παρακλινικός έλεγχος που διενεργήθηκε-αποτελέσματα:

.....
.....
.....
.....

Διάγνωση :

.....

ICD-10:

Χορηγηθείσα θεραπεία-Συστάσεις:

.....
.....

Στον/στην ανωτέρω ασθενή χορηγούνται
..... μέρες αναρρωτική άδεια αρχομένης από , για έλεγχο και
έγκριση αρμόδιας Στρατιωτικής Υγειονομικής Επιτροπής.

Ο Ιατρός

(Υπογραφή-σφραγίδα)