

ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

(*)

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ(***)

Ο υπογεγραμμένος ιατρός ειδικότητας....., συμβεβλημένος με την Υπηρεσία Μεταφορών και Επικοινωνιών/ του κρατικού νοσηλευτικού ιδρύματος ή κρατικού κέντρου υγείας (*), για την ιατρική εξέταση για χορήγηση ή ανανέωση ειδικής άδειας οδήγησης Επιβατηγού Δημόσιας Χρήσης (Ε.Δ.Χ.) αυτοκινήτου:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου/ κρατικό νοσηλευτικό ίδρυμα ή κρατικό κέντρο υγείας (*) επί της οδού αριθμός περιοχή τον- την (*)(Επώνυμο) (Όνομα), του (Όνομα πατρός), με ημ/νια γέννησης/...../....., κάτοικος(δ/νση κατοικίας), με ΑΜΚΑ:, κατά παραγγελία του ιατρού ειδικότητας(**)

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Τις ελάχιστες απαιτούμενες προδιαγραφές σωματικής και διανοητικής ικανότητας **ΟΜΑΔΑΣ 2**.
2. Το αριθμ.Βιβλιάριο Υγείας του
3. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις
4. Το από ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου ότι
5. Το ερωτηματολόγιο για έλεγχο του Αποφρακτικού τύπου Συνδρόμου Απνοιών Υποπνοιών
6. Την αριθμ. απόδειξη είσπραξης Ευρώ #
7. και κατόπιν τον- την (*) κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

(*)

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΤΟ Ε.Ι.Α.Α. ΗΝΙΟΧΟΣ Κέντρο Αξιολόγησης Ικανότητας και Προετοιμασίας Οδήγησης ΑμΕΑ

(*)

προκειμένου να του χορηγηθεί ή ανανεωθεί η ειδική άδεια οδήγησης Ε.Δ.Χ. αυτοκινήτου (*)
Η ισχύς της ειδικής άδειας οδήγησης θα είναι για έτος- έτη.

Τυχόν παρατηρήσεις:

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

...../...../ 20.....

Ο Ιατρός

(Υπογραφή- Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει

(**) Συμπληρώνονται τα στοιχεία του ιατρού που έκανε την παραπομπή για ιατρική εξέταση

(***) Συμπληρώνεται από τον ιατρό που διενεργεί την εξέταση πλην του οφθαλμίατρου