

Φωτογραφία

ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

(*)

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ (***)

Ο υπογεγραμμένος γιατρός ειδικότητας συμβεβλημένος με την Διεύθυνση Μεταφορών και Επικοινωνιών/του κρατικού νοσηλευτικού ιδρύματος ή κρατικού κέντρου υγείας (*), για την ιατρική εξέταση υποψηφίων οδηγών ή οδηγών για χορήγηση ή ανανέωση άδειας οδήγησης:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου/κρατικό νοσηλευτικό ίδρυμα ή κρατικό κέντρο υγείας(*) επί της οδού, αριθμός, περιοχή, τον-την (*), του (Όνομα πατρός), με ημερομηνία γέννησης .../.../....., διεύθυνση κατοικίας, ΑΜΚΑ:....., κατά παραγγελία του ιατρούειδικότητας.....(**)

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Το αριθμ. Βιβλιάριο Υγείας του
2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις
3. Το από ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείουότι.....
4. Το ερωτηματολόγιο για έλεγχο του Αποφρακτικού τύπου Συνδρόμου Απνοιών Υποπνοιών
5. Την πρόσφατη ειδική διαγνωστική έκθεση ότι είναι άτομο με μαθησιακή δυσκολία (*).
6. Την αριθμ./..... απόδειξη εισπραξής Ευρώ: #.....# (.....).
7.

Και τον-την (*) κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

(*)

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

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

(*)

για να του/της χορηγηθεί - ανανεωθεί (*) η άδεια

οδήγησης της

ΟΜΑΔΑΣ 1

(*)

ΟΜΑΔΑΣ 2

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι γιαέτος-η (*)

Παρατηρήσεις και Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης :

.....

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

Ο Ιατρός

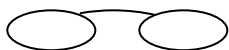
(Υπογραφή-Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει ή δεν χρειάζεται

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

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

Φωτογραφία



ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

(*)

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ (**)

Ο υπογεγραμμένος ιατρός ειδικότητας Οφθαλμιάτρου, συμβεβλημένος με την Διεύθυνση Μεταφορών και Επικοινωνιών /του κρατικού νοσηλευτικού ιδρύματος ή κρατικού κέντρου υγείας (*) για την ιατρική εξέταση υποψηφίων οδηγών ή οδηγών για χορήγηση ή ανανέωση άδειας οδήγησης:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου/κρατικό νοσηλευτικό ίδρυμα ή κρατικό κέντρο υγείας(*) επί της οδού, αριθμός, περιοχή, τον-την (*), του (Όνομα πατρός), με ημερομηνία γέννησης .../.../....., διεύθυνση κατοικίας, ΑΜΚΑ:

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Το αριθμ. Βιβλιάριο Υγείας του
2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις
3. Το από ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου ότι
4. Την αριθμ. /..... απόδειξη εισπραχής Ευρώ: #..... #
(.....)
5.

Και τον-την (*) κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

(*)

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

για να του/της χορηγηθεί - ανανεωθεί (*) η άδεια

οδήγησης της

ΟΜΑΔΑΣ 1

(*)

ΟΜΑΔΑΣ 2

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι γιαέτος-η (*)

Παρατηρήσεις - Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης :

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

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

Ο Ιατρός
(Υπογραφή-Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει.

(**) Συμπληρώνεται από τον Οφθαλμίατρο.

**ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΟΧΡΕΟΥ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ
(Σφραγίδα φορέα ή προσώπου)**

Αριθ. Πρωτ. :

Ημερομηνία :

ΕΝΙΑΙΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

ΠΡΟΣ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ.....

Ο υπογεγραμμένος ιατρός ειδικότητας
....., συμβεβλημένος με τη Διεύθυνση σας/του κρατικού νοσηλευτικού ιδρύματος ή κρατικού κέντρου υγείας (*) για την ιατρική εξέταση υποψηφίων οδηγών ή οδηγών για χορήγηση ή ανανέωση άδειας οδήγησης, ή ο αξιολογητής ικανότητας οδήγησης του Τμήματος Αξιολόγησης Οδήγησης ΗΝΙΟΧΟΣ (ή του ανάλογου κρατικού ιδρύματος) (*), σας ενημερώνω ότι ο/η κρίθηκε:

Επώνυμο	
Όνομα	
Όνομα Πατέρα	
Όνομα Μητέρας	
Ημερομηνία Γέννησης	
ΑΜΚΑ	
ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ/Η (*)	Για Παραπομπή σε (*).....(ειδικότητα/ες ιατρού/ιατρών)

Επώνυμο	
Όνομα	
Όνομα Πατέρα	
Όνομα Μητέρας	
Ημερομηνία Γέννησης	
ΑΜΚΑ	
ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ/Η (*)	Για Παραπομπή σε (*).....(ειδικότητα/ες ιατρού/ιατρών)

Επώνυμο	
Όνομα	
Όνομα Πατέρα	
Όνομα Μητέρας	
Ημερομηνία Γέννησης	
ΑΜΚΑ	
ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ/Η (*)	Για Παραπομπή σε (*).....(ειδικότητα/ες ιατρού/ιατρών)

Υπογραφή αρμοδίου
και Σφραγίδα

(*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει ή δεν χρειάζεται