

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 ιατρού .....ειδικότητας.....(\*\*)

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. 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 για .....έτος-η (\*)

Παρατηρήσεις και Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης :

.....

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

Ο Ιατρός

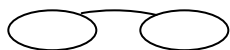
(Υπογραφή-Σφραγίδα)

(\*) 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 εισπραχτής 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 για .....έτος-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