

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____ Ηλικία: _____

Πάθηση:

Φαρμακευτική Αγωγή:

Άλλες Σημειώσεις:

Κατάσταση Εμβολιασμού

Πλήρης

Υπολειπόμενα Εμβόλια

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά την σημερινή κλινική εξέταση ο/η ασφαλισμένος/η
..... με A.M. ασφαλιστικού
φορέα..... βρέθηκε υγιής, αρτιμελής και δεν πάσχει από
μεταδοτικό νόσημα. Δύναται να γυμνάζεται και να αθλείται εντός των φυσιολογικών για την ηλικία
του/της ορίων, σε χώρους κατάλληλους και κάτω από την επίβλεψη ειδικά εκπαιδευμένων ατόμων.

Ο ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή & σφραγίδα)