

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2α

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

ΟΝΟΜΑ	_____	Συμπληρώνεται από τον οικ. ιατρό
ΕΠΩΝΥΜΟ	_____	
Α.Μ.Κ.Α.	_____	
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	_____	
ΤΟΠΦΥ	_____	
ΜΟΝΑΔΑ	_____	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΛΗΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ	_____	
ΕΠΩΝΥΜΟ	_____	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	_____	προαιρετικό
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	_____	
Α.Φ.Μ.	_____	προαιρετικό
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	_____	
Α.Μ.Κ.Α.	_____	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	_____	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	_____	
ΔΗΜΟΣ	_____	
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΟΣ	_____	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	_____	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ (2)	_____	προαιρετικό
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	_____	προαιρετικό

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ (προαιρετικά)

ΟΝΟΜΑ	_____
ΕΠΩΝΥΜΟ	_____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	_____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	_____

Με την παρούσα

- αιτούμαι όπως εγγραφώ στον ανωτέρω Οικογενειακό Ιατρό,
- δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην αίτηση είναι αληθή, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου,
- δηλώνω ότι ενημερώθηκα από τον Οικογενειακό Ιατρό ότι αυτός θα μπορεί να έχει πρόσβαση και θα μπορεί να επεξεργάζεται τα προσωπικά και ιατρικά δεδομένα μου στο σύστημά του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, καθώς και για το σύνολο του περιεχομένου του άρθρο 21 ν.4486/2017, όπως ισχύει,

☐ δηλώνω ότι επιθυμώ να λαμβάνω ενημερωτικό υλικό για τις δράσεις υγείας που πραγματοποιούνται εντός του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

«Τόπος, Ημερομηνία»

Ο/Η Αιτών/ούσα

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2β

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ δια νόμιμου αντιπροσώπου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑ _____
ΕΠΩΝΥΜΟ _____
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ _____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

ΟΝΟΜΑ _____
ΕΠΩΝΥΜΟ _____
Α.Μ.Κ.Α. _____
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ _____
ΤΟΠΦΥ _____
ΜΟΝΑΔΑ _____

Συμπληρώνεται
από τον οικ.
ιατρό

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ _____
ΕΠΩΝΥΜΟ _____
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ _____
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ _____
Α.Φ.Μ. _____
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ _____
Α.Μ.Κ.Α. _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ _____
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ _____
ΔΗΜΟΣ _____
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΟΣ _____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ (2) _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ _____

προαιρετικό
προαιρετικό

προαιρετικό
προαιρετικό

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ προαιρετικά

ΟΝΟΜΑ _____
ΕΠΩΝΥΜΟ _____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ _____

Με την παρούσα

αιτούμαι όπως ο ανωτέρω λήπτης υπηρεσιών υγείας εγγραφεί στον ανωτέρω Οικογενειακό Ιατρό

δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην αίτηση είναι αληθή, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου

☒ δηλώνω ότι ενημερώθηκα από τον Οικογενειακό Ιατρό ότι αυτός θα μπορεί να έχει πρόσβαση και θα μπορεί να επεξεργάζεται τα προσωπικά και ιατρικά δεδομένα μου στο σύστημά του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, καθώς και για το σύνολο του περιεχομένου του άρθρ. 21 ν.4486/2017, όπως ισχύει

☒ δηλώνω ότι επιθυμώ να λαμβάνω ενημερωτικό υλικό για τις δράσεις υγείας που πραγματοποιούνται εντός του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Συνημμένα:

- Αντίγραφο εγγράφου δικαστικής απόφασης ορισμού δικαστικού συμπαραστάτη ή απονομής της επιμέλειας ή Βεβαίωση Οικογενειακής κατάστασης από την οποία να προκύπτει ο βαθμός συγγένειας.

Τόπος, Ημερομηνία»

Ο/Η Νόμιμος/-η Αντιπρόσωπος

(Ολογράφως και Υπογραφή)