



ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΚΛΗΡ/ΜΑΤΑ ΑΓΓ. ΛΑΠΠΑ – ΔΗΜ. ΧΑΤΖΗΖΩΓΙΔΗ
– ΑΘ. ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΟΥ
ΤΕΡΜΑ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41334
ΤΗΛ: 2410-618439, 2410-620310-11-12

ΑΙΤΗΣΗ					
Επώνυμο					
Όνομα					
Όνομα πατρός					
Όνομα μητρός					
Α.Δ.Τ.					
Α.Φ.Μ.					
ΑΜΚΑ					
Ταμείο Ασφάλισης					
Νομός					
Πόλη ή χωριό					
Περιοχή					
Οδός		αριθ.		Τ.Κ.	
Τηλέφωνο					
Τηλέφωνο κηδεμόνα					
Οδός κηδεμόνα		αριθ.		Τ.Κ.	

**ΠΡΟΣ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
(ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ)**

Παρακαλώ να εγκρίνετε την εισαγωγή μου στο ίδρυμα σας για τους παρακάτω λόγους:

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

ΛΑΡΙΣΑ/...../.....

Υπογραφή



**ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΚΛΗΡ/ΜΑΤΑ ΑΓΓ. ΛΑΠΠΑ – ΔΗΜ. ΧΑΤΖΗΖΩΓΙΔΗ
– ΑΘ. ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΟΥ
ΤΕΡΜΑ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41334
ΤΗΛ: 2410-618439, 2410-620310-11-12**

ΜΑΖΙ ΥΠΟΒΑΛΛΩ

1. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.
2. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος από τη Δ.Ο.Υ.
3. Δήλωση Ε9.
4. Πρόσφατο πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
5. Πιστοποιητικό ιατρού Παθολόγου με σύντομο ιατρικό ιστορικό του/ης ενδιαφερόμενου/ης στο οποίο και θα βεβαιώνεται εάν πάσχει από λοιμώδες ή μεταδοτικό νόσημα.
6. Πιστοποιητικό ιατρού Ψυχιάτρου, στο οποίο να βεβαιώνεται η ψυχική υγεία του/ης ενδιαφερόμενου/ης.
7. Πιστοποιητικό ιατρού Δερματολόγου.
8. Εργαστηριακός έλεγχος (αιματολογικές, βιοχημικές, ακτινογραφία θώρακος). **9.** Τυχόν υπάρχουσες παλαιότερες εξετάσεις σχετικές με τον/ην περιθαλπόμενο/η. **10.** Υπεύθυνη δήλωση συναίνεσης εισαγωγής στο γηροκομείο του/ης κηδεμόνα. **11.**

Υπεύθυνη δήλωση του/ης κηδεμόνα ότι στην περίπτωση που ο/η φιλοξενούμενος/η δεν είναι ικανός/ή να διαχειριστεί τα οικονομικά του/ης, ανάληψη ευθύνης από τον/ην ίδιο/α (κηδεμόνα) της οικονομικής υποχρέωσης προς το γηροκομείο.

12. Υπεύθυνη δήλωση του/ης κηδεμόνα ανάληψης ευθύνης διεκπεραίωσης όλων των ασφαλιστικών και φορολογικών υποχρεώσεων του/ης φιλοξενούμενου/ης.
13. Υπεύθυνη δήλωση του/ης κηδεμόνα ανάληψης ευθύνης για τα της κηδείας του/ης φιλοξενούμενου/ης (έξοδα και διαδικασία).
14. Δήλωση ενημέρωσης και συγκατάθεσης για επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Μετά την ολοκλήρωση του φακέλου εισαγωγής και την έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου, υπογράφεται το συμφωνητικό των συμβαλλόμενων.



**ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΚΛΗΡ/ΜΑΤΑ ΑΓΓ. ΛΑΠΠΑ – ΔΗΜ. ΧΑΤΖΗΖΩΓΙΔΗ
– ΑΘ. ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΟΥ
ΤΕΡΜΑ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41334
ΤΗΛ: 2410-618439, 2410-620310-11-12**

Α. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ		
1	Α/α ΘΩΡΑΚΟΣ:	
2	Η. Κ.Γ.Γ	
3	ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	
4	ΟΥΡΙΑ	
5	ΣΑΚΧΑΡΟ	
6	+HBs Ag	
7	HCV	

8	HAV	
Λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή:		

B. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ
<p>Ο υπογεγραμμένος ιατρός..... Βεβαιώ ότι εξέτασα τ..... ασθενή..... Ο/Η ανωτέρω φέρει/ δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας/ φέρει σύνδρομο. Το οποίο όμως δεν φτάνει μέχρι διεγέρσεων, ώστε να γίνεται ανήσυχος και επικίνδυνος για την ακεραιότητα του ή ακατάλληλος για συμβίωση. (Διαγράφεται αναλόγως). Η πάθηση τ..... ανωτέρω ασθενούς είναι.....</p>

ΛΑΡΙΣΑ/...../.....21

Ο ΙΑΤΡΟΣ



ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΚΛΗΡ/ΜΑΤΑ ΑΓΓ. ΛΑΠΠΑ – ΔΗΜ. ΧΑΤΖΗΖΩΓΙΔΗ
– ΑΘ. ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΟΥ
ΤΕΡΜΑ ΚΑΡΔΙΤΣΗΣ ΛΑΡΙΣΑ ΤΚ 41334
ΤΗΛ: 2410-618439, 2410-620310-11-12

Γ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ
