

**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:** |  |

|  |
| --- |
| **Β. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ** |
| 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…………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**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** |
| Ο υπογεγραμμένος ιατρός………………………………………………………………………………………..…………………….. Βεβαιώ ότι εξέτασα τ…… ασθενή…………………………………………………………………………………………………….. Και βρήκα αυτ…………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Φέρει/ Δε φέρει δυσεπούλωτα τραύματα από οποιαδήποτε αιτία. Πάσχει/ Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες Πάσχει/ Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία. (Διαγράφονται αναλόγως). |

**ΛΑΡΙΣΑ …../…../…..21**

**Ο ΙΑΤΡΟΣ**

|  |
| --- |
| **Δ. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ** |
| Ο υπογεγραμμένος ιατρός……………………………………………………………………………………………………………….. Βεβαιώ ότι εξέτασα τ…. ασθενή……………………………………………………………………………………………………….. Ο/Η ανωτέρω: Πάσχει/Δεν πάσχει από μεταδοτικό νόσημα (π.χ. ψώρα κλπ.). (Διαγράφεται αναλόγως). Σε περίπτωση άλλης δερματολογικής πάθησης, αυτή είναι ……………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Λαμβανόμενη αγωγή…………………………………………………………………………………………………………………………. **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

**ΛΑΡΙΣΑ …../…../…..21**

**Ο ΙΑΤΡΟΣ**