

**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**