

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ / ΠΕΔΥ /ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ :

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

**ΕΝΤΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ /
ΙΔΡΥΜΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΘΑΛΠΕΙ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ					
ΕΠΩΝΥΜΟ :					
ΟΝΟΜΑ :					
ΑΜΚΑ :					
ΑΜ/ ΑΣΦ. ΦΟΡΕΑΣ					
TAX. Δ/ΝΣΗ :					
B. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ICD 10 (διεθνής ταξινόμηση νόσων)				
1.					
2.					
3.					
4.					
Γ. ΦΥΣΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ					
	Καθόλου ▼₁	Λίγο ▼₂	Μέτρια ▼₃	Πολύ ▼₄	Απολύτως ▼₅
Επικοινωνία (π.χ. ομιλία, όραση, ακοή, γραφή)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Κινητικότητα (π.χ. αλλαγή στάσης σώματος, χρήση χεριών, βάδιση κτλ.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Αυτοεξυπηρέτηση (π.χ. Προσωπική Υγιεινή, ένδυση, σίτιση)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Δυνατότητα διαβίωσης κατ' οίκον .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Δ. ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ					
	ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ₁		ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ₂		
ΦΕΡΕΙ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₂		
ΕΧΕΙ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₂		
ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₂		
ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΣΥΣΚΕΥΗ ΟΞΥΓΟΝΟΥ	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₂		
ΑΛΛΟ:	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₂		

Ε. ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Π.Χ. φυσικοθεραπείας, αναπνευστικών ασκήσεων κτλ)	
ΣΤ. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	

Λοιπά: _____

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Δ/ΝΤΗΣ Ή ΕΛΕΓΚΤΗΣ