

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ

<p><u>Εκδίδεται από:</u> Όνοματεπώνυμο Ιατρού:</p> <p>Τηλέφωνο Ιατρού:</p>	<p><u>Προς</u> Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</p> <p>ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ-ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ</p>
<p><u>Στοιχεία ασθενούς</u> ΑΜΚΑ:</p> <p>A.M.:</p> <p>ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>Ηλικία:</p> <p>Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής:</p>	<p><u>Τεκμηρίωση αναγκαιότητας χορήγησης επιπλέον ποσότητας:</u></p>
<p>Η ανωτέρω ασφαλισμένη χρειάζεται</p> <p>IY</p> <p>γοναδοτροπινών επιπλέον.</p>	

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)