



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**



**Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας**

www.eopyy.gov.gr

Γενική Δ/νση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης
Υπηρεσιών Υγείας

Δ/νση: Σχεδιασμού

Τμήμα: Πρόληψης & Προαγωγής Υγείας

Πληροφορίες: Ε. Λαρεντζάκη

Τηλ.: 210-6871714 **Fax:** 210-6871795

Ταχ. Δ/νση: Λ. Κηφισίας 39, 1523

Μαρούσι

E-mail: d7.t2@eopyy.gov.gr

Αθήνα, 9/7/2013

Αρ. Πρωτ.: οικ.23344

Προς:

1. Ν.Μ.Υ ΕΟΠΥΥ
2. Τ.Μ.Υ ΕΟΠΥΥ
3. Τμήμα Προληπτικής Ιατρικής
ΑΘΗΝΑ – ΠΕΙΡΑΙΑ-
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
4. Σταθμοί Προστασίας Μάνας
Παιδιού & Εφήβου(59)
5. Κέντρο Προληπτικής Ιατρικής
Αλεξανδρούπολης
6. Υπηρεσίες Υγείας του ΕΟΠΥΥ που
δεν λειτουργούν με αυτοτέλεια
7. Διαγνωστικό Κέντρο Ιατρικής της
Εργασίας
8. Υγειονομικοί Σχηματισμοί πρώην
ΟΙΚΟΥ ΝΑΥΤΟΥ, ΤΑΥΤΕΚΩ,
ΕΤΑΑ

ΘΕΜΑ: «Βεβαιώσεις για ενδοσχολική χρήση / Κατασκηνώσεις και Ιατρική Γνωμάτευση»

Σε συνέχεια του με αρ. πρωτ. **22238/28.6.2013** γενικό έγγραφο μας σας κοινοποιούμε τα νέα έντυπα βεβαιώσεων Υγείας που συμπληρώνονται από Ιατρούς και Επισκέπτριες Υγείας και αφορούν αντίστοιχα:

- Βεβαίωση Υγείας
- Βεβαίωση Ασθενείας
- Βεβαίωση διενέργειας Εμβολιασμών
- Βεβαίωση Υγείας Κατασκηνωτή

Οι ανωτέρω βεβαιώσεις δίνονται αποκλειστικά σε μαθητές ασφαλισμένους ΕΟΠΥΥ για ενδοσχολική χρήση και βεβαίωση υγείας κατασκηνωτή για τα προγράμματα κατασκηνώσεων όπως πραγματοποιούν π.χ. οι Δήμοι, οι Πρόσκοποι, κ.ά..

Επιπρόσθετα σας κοινοποιούμε το έντυπο της **ιατρικής γνωμάτευσης** που συμπληρώνεται από τους Ιατρούς του ΕΟΠΥΥ προκειμένου να δηλωθεί η **παρούσα κατάσταση υγείας του ασφαλισμένου**.

Σημειώνεται ότι τα έντυπα

1. του **Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή** και

2. του Πιστοποιητικού υγειονομικού ενδιαφέροντος
έχουν εκδοθεί από το Υπουργείο Υγείας και έχουν κοινοποιηθεί στις Μονάδες Υγείας με παλαιότερα γενικά
έγγραφα της Διοίκησης του ΕΟΠΥΥ.

Συν. Φύλλα: 5

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ Ν. ΒΑΦΕΙΑΔΗΣ

Εσωτερική Διανομή:

1. Γραφείο Προέδρου
2. Γραφείο Αντιπροέδρου Α΄
3. Γραφείο Αντιπροέδρου Β΄



ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΟΠΥΥ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά την σημερινή κλινική εξέταση ο/η ασφαλισμένος/η
..... με Α.Μ. ασφαλιστικού
φορέα..... βρέθηκε υγιής, αρτιμελής
και δεν πάσχει από μεταδοτικό νόσημα. Δύναται να γυμνάζεται και να
αθλείται εντός των φυσιολογικών για την ηλικία του/της ορίων, σε χώρους
κατάλληλους και κάτω από την επίβλεψη ειδικά εκπαιδευμένων ατόμων.
Το παρόν χορηγείται μόνο για σχολική χρήση.

Κατάσταση Εμβολιασμού

- Πλήρης
 Υπολειπόμενα Εμβόλια

Ο ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή & σφραγίδα)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΟΠΥΥ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Σήμεραο/η ασφαλισμένος/ημε
Α.Μ. ασφαλιστικού φορέαεξετάστηκε κλινικά
στην Υπηρεσία μας και βρέθηκε ότι πάσχει από.....

Συνεστήθη αποχή από το σχολείο και παραμονή στο σπίτι για χρονικό διάστημα
.....ημερών.

Ο ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή & σφραγίδα)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΟΠΥΥ

ΣΤΑΘΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΜΑΝΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ & ΕΦΗΒΟΥ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Σήμεραο/η ασφαλισμένος/ημε
Α.Μ. ασφαλιστικού φορέαυπεβλήθη στην
Υπηρεσία μας σε εμβολιασμό κατά..... Το παρόν χορηγείται
μόνο για σχολική χρήση.

Επισκέπτρια Υγείας

(υπογραφή & σφραγίδα)

Ο ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή & σφραγίδα)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΟΠΥΥ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

Σήμερα ο/η ασφαλισμένος/η
του και της..... γεννηθείς/σα.....
κάτοικος.....
εξετάστηκε κλινικά στην Υπηρεσία μας και βρέθηκε ότι δεν πάσχει από μεταδοτικό νόσημα και είναι πλήρως / ελλιπώς εμβολιασμένο/η.
Παρατηρήσεις.....

Δύναται να συμμετάσχει σε κατασκήνωση.

Ο Κηδεμόνας

(ονοματεπώνυμο & υπογραφή)

Ο ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή & σφραγίδα)



ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΟΠΥΥ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Κατά την σημερινή εξέταση ο/η ασφαλισμένος/η
με Α.Μ. ασφαλιστικού φορέα..... βρέθηκε
ότι.....

Το παρόν χορηγείται κατόπιν αιτήσεως του, για.....

Ο ΙΑΤΡΟΣ

(υπογραφή & σφραγίδα)