



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

ΜΑΡΟΥΣΙ 24/10/2019
Αρ. Πρωτ.: ΔΒ3/Γ/ ΟΙΚ.39224

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Δ/ΝΣΗ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

**ΤΜΗΜΑ: Σχεδιασμού Αγοράς & Παρακολούθησης
Δικτύου Παρόχων ΔΦΥ**

Ταχ. Δ/ση: ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ ΠΑΥΛΟΥ 12

Ταχ. Κώδικας: 151 23

Πληροφορίες: Ξ. ΝΙΚΟΛΙΔΑΚΗ

Τηλ.: 2108110845

E-mail: d8.t3@eopyy.gov.gr

ΠΡΟΣ 1) ΠΕ.ΔΙ.ΕΟΠΥΥ

2) Παρόχους

**3) Συμβεβλημένους και
πιστοποιημένους ιατρούς με τον
ΕΟΠΥΥ**

**Θέμα : << ΕΝΤΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ/ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΟΥ ΠΕΡΙΘΑΛΠΕΙ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ >>**

Με απόφαση του το ΔΣ του ΕΟΠΥΥ, ενέκρινε το συνημμένο πρότυπο έντυπο γνωμάτευσης για εισαγωγή ασθενών σε Δομές περιθαλψης Χρονίων Παθήσεων .

Έως την υλοποίηση της ηλεκτρονικής μορφής και προκειμένου να υπάρχει ομοιομορφία και πλήρη στοιχεία , παρακαλούμε το συγκεκριμένο έντυπο να συμπληρώνεται από όλους τους παραπέμποντες συμβεβλημένους ή πιστοποιημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς.

Συνημμένα : 1 έντυπο

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΔΝΣΗΣ

ΘΕΟΦΑΝΗΣ ΡΗΓΑΤΟΣ

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					
ΤΑΧ. 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		
ΆΛΛΟ:	<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