

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**  
**για ιατρική αναγκαιότητα χρήσης αποκλειστικής/κού νοσοκόμου**

1. Ο υπογεγραμμένος ιατρός.....  
 (επώνυμο και όνομα)

Δ/ντης της Κλινικής.....του.....Νοσοκομείου,

βεβαιώνω ότι για τον/την ασθενή.....ετών.....

(επώνυμο και όνομα)

με ΑΜΚΑ.....που νοσηλεύεται/νοσηλεύτηκε στην κλινική, από.....

μέχρι....., λόγω .....

έχει/είχε ανάγκη αποκλειστικής/κού νοσοκόμου τις νυχτερινές ώρες και για το χρονικό διάστημα

από.....έως.....λόγω.....

(γράφεται πλήρης αιτιολογία)

2. Σύμφωνα με την αρ. .... Απόφαση Κ.Ε.Π.Α. ο ανωτέρω ασθενής φέρει ποσοστό αναπηρίας  
 .....% και χρήζει αποκλειστικής/κού νοσοκόμου για το σύνολο της νοσηλείας.  
 (μόνον για ασθενείς με αναπηρία 80% και άνω).

Ο θεράπων ιατρός

Υπογραφή και σφραγίδα

Βεβαιώνεται η αναγκαιότητα χρήσης αποκλειστικής/κού νοσοκόμου για..... νύκτες  
 (ολογράφως)

από .... / .... / ..... έως ..... / ..... / .....

Ο Δ/ντης της Κλινικής

Ο Δ/κός Δ/ντης του Νοσοκομείου

Ο Ελεγκτής Ιατρός

...../...../.....  
 (Υπογραφή-Σφραγίδα)

...../...../.....  
 (Υπογραφή-Σφραγίδα)

...../...../.....  
 (Υπογραφή-Σφραγίδα)

(Η χορηγούμενη παροχή προβλέπεται στο άρθρο 25  
 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ  
 ΦΕΚ/Β/4898/2018)

(ΕΝΤΟΣ 10 ΗΜΕΡΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ)