

B. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ / TO BE COMPLETED BY MEDICAL PRACTITIONER**2. Λεπτομέρειες ιατρικής κατάστασης του ασθενή / Details of patient's medical condition**

2.1 Συμπτώματα / Symptoms:

.....

.....

2.1.1 Ημερομηνία που πρωτοεμφανίστηκαν τα συμπτώματα / Date first symptoms appeared: / /

2.2 Ημερομηνία πρώτης επίσκεψης του ασθενή σε ιατρό / Date of patient's first visit to medical practitioner: / /

2.3 Αρχική διάγνωση / Initial diagnosis:

.....

.....

2.4 Τελική διάγνωση (απία προβλήματος) / Final diagnosis (problem's cause):.....

.....

.....

2.5 Κλινική εικόνα του ασθενή κατά την εισαγωγή / Patient's clinical condition at the time of admission:

.....

.....

2.6 Εγγεγραμμένος εσωτερικός ασθενής από / Registered in-patient from: / /am/pm

Μέχρι / To: / /am/pm

3. Ιατρικό ιστορικό / Medical history

3.1 Ιστορικό της παρούσας ιατρικής κατάστασης / History of present medical condition:

.....

.....

3.2 Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό που σχετίζεται ή επηρεάζει την παρούσα ιατρική κατάσταση / Previous medical history that relates or affects current medical condition:

.....

.....

4. Εξετάσεις / Examinations

4.1 Παρακαλώ όπως επισυνάψετε τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων και των ιατρικών εκθέσεων που απαιτούνται για την μελέτη του περιστατικού / Please attach any diagnostic examination results and medical reports necessary for the claim's study

5. Θεραπεία / Treatment

5.1 Θεραπεία που συνεστήθη ή/και θα ακολουθηθεί / Treatment provided or/and to follow:

.....

5.2 Θεραπευτική αγωγή (συνταγή φαρμάκων) που συνεστήθη ή/και χορηγήθηκε / Drugs recommended or/and provided

5.3 Αποτέλεσμα θεραπείας / Treatment's result:

6. Συνολικό κόστος νοσηλείας / Total in-patient treatment cost

€

7. Άλλες λεπτομέρειες / Other details

7.1 Εάν υπάρχει οποιαδήποτε άλλη πληροφορία η οποία πιθανό να επηρεάσει το χειρισμό ή τον τελικό διακανονισμό της απαιτήσεως παρακαλούμε όπως την αναφέρετε /Is there any other detail / information that may affect the handling or settlement of this claim? If yes, please give details:

.....

.....

ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ / MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION:**Εγώ, ο υποφαινόμενος ιατρός / I, the medical practitioner appearing below:**

Δηλώνω ότι οι πληροφορίες που περιέχονται στο έντυπο αυτό είναι αληθείς και πλήρεις και δεν έχω παραλείψει να δώσω περαιτέρω πληροφορίες ή στοιχεία. Αναλαμβάνω να δώσω στην Altius Insurance Ltd κάθε δυνατή βοήθεια. Το έντυπο αυτό έχει συμπληρωθεί από εμένα ή και κατόπιν οδηγιών μου και το έχω ελέγξει. / I hereby declare that the information provided by me in the context of this form is truthful and complete and I have not omitted to provide any information or data. I undertake to assist Altius Insurance Ltd, in every possible manner in the handling of the claim. This form has been completed by me or/and following my instructions and checked by me.

Υπογραφή & σφραγίδα θεράποντα ιατρού / Medical practitioner's stamp & signature:

Ημερομηνία / Date: / /