

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

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.

Ο ΙΑΤΡΟΣ
(υπογραφή & σφραγίδα)

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Πατρώνυμο: _____ Ηλικία: _____

Πάθηση:

Φαρμακευτική Αγωγή:

Άλλες Σημειώσεις:

Κατάσταση Εμβολιασμού

Πλήρης

Υπολειπόμενα Εμβόλια

Υπογραφή:

Ημερομηνία: