

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

Το Νοσοκομείο:

.....  
.....  
.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

.....  
.....  
.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

.....  
.....

Περί: έγκριση δαπάνης νοσηλείας μου

Παρακαλώ πολύ για την έγκριση δαπάνης νοσηλείας μου σύμφωνα με την απόφαση των Υπουργών Οικονομικών – Υγείας – Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας που δημοσιεύτηκε στο υπ' αριθμ. Φύλλο 1465/5.06.2014 της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως.

Αθήνα ...../...../.....

Ο/Η Αιτών / ούσα

(Υπογραφή και Ολογράφως το  
ονοματεπώνυμο)

### **ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΝΤΥΠΑ ΓΙΑ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ**

1. Αίτηση Ασθενούς
2. Βεβαίωση Θεράποντος Ιατρού του ΠΕΔΙ ή Δημοσίου Νοσοκομείου, ότι χρήζει νοσηλείας
3. Εισιτήριο Θεράποντος Ιατρού
4. Προεισαγωγική εκτίμηση ΚΕΝ
5. ΑΜΚΑ & ΑΦΜ Ασθενούς
6. Έλεγχος Ασφαλιστικής Ικανότητας από το Νοσοκομείο μέσω των διαδικτυακών πυλών ALTLAS & ΕΡΓΑΝΗ
7. Λογαριασμός ΔΕΚΟ ή οποιαδήποτε επίσημο έγγραφο που να αποδεικνύει τη μόνιμη κατοικία του Ασθενούς
8. Υπεύθυνη Δήλωση (Δεν έχω Ιδιωτική ασφάλεια και θα αναλάβω τη δαπάνη των νοσηλίων ως ιδιώτης όπως προκύπτει από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Νοσοκομείου εφόσον δεν εγκριθεί το αίτημα από την ειδική επιτροπή του Νοσοκομείου)
9. Φωτοτυπία Αστυνομικής Ταυτότητας για τους Έλληνες Υπήκοους

---

### **ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΝΤΥΠΑ ΓΙΑ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥΣ**

1. Άδεια Παραμονής (Φωτοτυπία)
2. Διαβατήριο (φωτοτυπία)