

ΚΥΠΡΙΑΚΗ



ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ

ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ Ή ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΟΥ ΕΝΕΡΓΕΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΝΟΜΙΜΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΕΡΓΕΙ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνομα:..... Επώνυμο.....

Ημερομηνία Γέννησης:...../...../..... Αριθμός Ταυτότητας:.....

Διεύθυνση κατοικίας:....., Αρ.:, Πόλη/χωριό:.....

Ταχ. Κώδικας:....., Επαρχία:....., Χώρα:

Αρ. Τηλεφώνου:....., Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:.....

Αρ. Τηλεομοιότυπου:.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΕΙΔΟΣ ΑΙΤΟΥΜΕΝΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

(να γίνει σύντομη περιγραφή του συγκεκριμένου περιστατικού και του είδους της υγειονομικής υπηρεσίας για την οποία ζητείται προέγκριση)

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

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι έλαβα γνώση των προνοιών του νόμου, ότι τα στοιχεία τα οποία δήλωσα πιο πάνω, καθώς και τα πιστοποιητικά / έγγραφα που συνηγορούνται, είναι αληθή και ανελλιπή και ότι συγκατατίθεμαι όπως τα στοιχεία αυτά προωθηθούν σε άλλη Κυβερνητική Υπηρεσία για επιβεβαίωση του συγκεκριμένου αιτήματός μου και κοινοποιηθούν στις αρμόδιες αρχές άλλου κράτους μέλους εάν αυτό καταστεί αναγκαίο. Εξουσιοδοτώ ακόμη το Υπουργείο Υγείας ώστε να μπορεί να εξασφαλίσει τα απαραίτητα στοιχεία που αφορούν στην επιβεβαίωση του συγκεκριμένου αιτήματός μου.

Αντιλαμβάνομαι ότι το Υπουργείο Υγείας δεν είναι υπεύθυνο για την υγειονομική περίθαλψη που έλαβα σε άλλο Κράτος Μέλος στη βάση της Οδηγίας για την Εφαρμογή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης.

Επιβεβαιώνω ακόμη ότι ο ασθενής είναι μόνιμος κάτοικος στην Κύπρο και Δικαιούχος Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Δηλώνω ότι είμαι ο ασθενής / πρόσωπο που ενεργεί με τη συγκατάθεση του ασθενούς / πρόσωπο νόμιμα εξουσιοδοτημένο να ενεργεί εκ μέρους του ασθενούς *(να διαγραφεί ότι δεν ισχύει)*

Όνοματεπώνυμο Αιτητή:.....

Υπογραφή Ημερομηνία:.....

ΜΕΡΟΣ IV: ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αντίγραφο ταυτότητας νοσηλείας ή σχετικής βεβαίωσης από τον αρμόδιο τομέα του Υπουργείου Υγείας

2. Αντίγραφο ιατρικής έκθεσης που να περιλαμβάνει:

- I. τη διάγνωση / πάθηση
- II. το ιστορικό
- III. την παρούσα κατάσταση της υγείας του
- IV. τους λόγους που κατά τη γνώμη του ιατρού επιβάλλουν τη λήψη διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης από παροχέα υγείας σε άλλο ΚΜ

*Το παρόν έντυπο επιστρέφεται **πλήρως συμπληρωμένο** στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης: ncrcrossborderhealthcare@moh.gov.cy ή μέσω τηλεομοιότυπου στο +357 22 605 499 / 492 και μέσω κανονικού ταχυδρομείου ή δια χειρός στο Υπουργείο Υγείας, στη διεύθυνση Γωνία Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, 1448 Λευκωσία, Κύπρος.*

Για υπηρεσιακή χρήση μόνο:

- Διασυνοριακή Περίθαλψη
- Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες Υγείας που δεν προσφέρονται στο Δημόσιο Τομέα
- Κανονισμός για Συντονισμό Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης