

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑ  
ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΗΚΟΙΑΣ

**ΜΕΡΟΣ I: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

Όνομα: ..... Επώνυμο: .....  
Ημερ. Γέννησης: ..... Α.Δ.Τ: ..... Α.Κ.Α.: .....  
Διεύθυνση: ..... Αρ.: .....  
Πόλη/Χωρίο: ..... Ταχ. Κώδικας: .....  
Επαρχία: ..... Τηλ. Οικίας: ..... Τηλ. Εργασίας: .....

**ΜΕΡΟΣ II: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΑΝΗΛΙΚΟΥ/ΗΣ  
ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΜΟΝΟ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ  
ΠΟΥ Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΗΛΙΚΟΣ/Η:**

Όνομα: ..... Επώνυμο: ..... Α.Δ.Τ. ....  
Διεύθυνση: ..... Αρ.: .....  
Πόλη/Χωρίο: ..... Ταχ. Κώδικας: .....  
Επαρχία: ..... Τηλ. Οικίας: ..... Τηλ. Εργασίας: .....

**ΜΕΡΟΣ III: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:**

(Να συμπληρωθεί με βάση την Ταυτότητας νοσηλείας του/της ασθενή/ούς)

Αρ. Ταυτότητας Νοσηλείας: .....

Ημερομηνίας λήξης .....

**ΜΕΡΟΣ IV: ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΥ  
ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΟΥ ή υπαγόμενου στον ΟΚΥΠΥ:**

Διάγνωση: .....

.....

Συστήνεται η χρήση 1/2 ακουστικών βαρηκοΐας στον/στην ασθενή.

Όνοματεπώνυμο: .....

Τίτλος: .....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....

**ΜΕΡΟΣ V: ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΕΠΑΝΟΡΘΩΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΟΥ  
ΑΚΟΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΕΧΝΙΚΟ ΤΟΥ ΑΚΟΥΟΛΟΓΙΚΟΥ  
ΚΕΝΤΡΟΥ:**

Όνοματεπώνυμο: .....

Τίτλος: .....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....

**ΜΕΡΟΣ VI: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΕΤΡΑΕΤΙΑΣ/ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ:**

Αριθμός Αναφοράς Μηχ. Συστήματος: .....

Αυτή είναι η πρώτη επιχορήγηση του πιο πάνω ασθενή/ασθενούς, για την αγορά ακουστικών βαρηκοΐας

Η

Βεβαιούται ότι η τελευταία παραχώρηση ακουστικών βαρηκοΐας στον/στην πιο πάνω ασθενή έγινε πριν από ..... χρόνια στις ...../...../20... \*

Όνοματεπώνυμο: .....

Τίτλος: .....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....

\* Να διαγραφεί ότι δεν εφαρμόζεται

**ΠΡΟΣ ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**  
**ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Λαμβάνοντας υπόψη τις πρόνοιες της Απόφασης του Υπουργικού Συμβουλίου με Αρ. 53.643 και ημερομηνίας 09/05/2001 και όλων των μετέπειτα σχετικών αποφάσεων τα στοιχεία που έχουν δοθεί ανωτέρω, εγκρίνεται η επιχορήγηση αγοράς ακουστικών

Η

Δεν εγκρίνεται η επιχορήγηση λόγω: .....

.....

.....

Όνοματεπώνυμο: .....

Τίτλος: .....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....

**ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**  
**ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:**

Με βάση τα πιο πάνω στοιχεία η επιχορήγηση ανέρχεται στα € .....

Όνοματεπώνυμο: .....

Τίτλος: .....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....

**Η Επιχορήγηση έχει διευθετηθεί.**

Αρ. Δελτίου Πληρωμής: .....

Ημερομηνία Πληρωμής: .....

Όνοματεπώνυμο: .....

Τίτλος: .....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....

## ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Καμία αίτηση δεν πρέπει να υποβάλλεται αν δεν έχουν παρέλθει **4 χρόνια** (εκ γενετής μέχρι 18 χρόνων) και **5 χρόνια** (συνταξιούχοι και οι εκ γενετής άνω των 18 χρόνων) από την τελευταία επιχορήγησης, εκτός τις περιπτώσεις ανεπανόρθωτης βλάβης του ακουστικού.
  2. Τα Μέρη I και III συμπληρώνονται από ΟΛΟΥΣ τους αιτητές.
  3. Το Μέρος IV συμπληρώνεται από *Ειδικό Ωτορινολαρυγγολόγο, Κυβερνητικό Ιατρικό Λειτουργό ή Ειδικό Ωτορινολαρυγγολόγο που υπάγεται στον ΟΚΥΠΥ.*
  4. Το Μέρος V συμπληρώνεται από Τεχνικό του Ακουσολογικού Κέντρου, σε περίπτωση ανεπανόρθωτης βλάβης του ακουστικού.
  5. Για όλα τα παιδιά ηλικίας 12 ετών και άνω απαιτείται απαραίτητα η καταχώρηση αριθμού δελτίου ταυτότητας.
  6. Να επισυναφθούν τα ακόλουθα δικαιολογητικά:
    - (α) Πιστοποιητικό Γεννήσεως ή Αντίγραφο Πολιτικής Ταυτότητας.
    - (β) Αντίγραφο Ταυτότητας Νοσηλείας.
    - (γ) Ακουογράφημα.
    - (γ) *Ιατρική συνταγή/διατακτικό* συμβεβλημένο με το ΓεΣΥ
    - (δ) ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ IBAN (για έμβασμα χρημάτων).
    - (ε) ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ Τιμολόγιο της αγοράς ακουστικού.
-