



ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

A. ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ: ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: [Grid]

ΑΜ ΤΣΑΥ: [Grid]

ΑΜΚΑ: [Grid]

Ημ. Επίσκεψης στον Ιατρό: / /

Προβλεπόμενη Ημ. Αναχώρησης από Ελλάδα¹: / /

Επώνυμο²: [Grid]

Όνομα Ιατ²: [Grid]

Ημ. Γέννησης²: / /

Στοιχεία κάρτας³

Κωδ. Χώρας: [Grid] Κωδικός & Ακρωνύμιο Φορέα: [Grid]

Λογικός Αριθμός Κάρτας: [Grid]

Ημ. Λήξης Κάρτας: / /

Στοιχεία ΠΠΑ⁴

Κωδ. Χώρας: [Grid] Κωδικός & Ακρωνύμιο Φορέα: [Grid]

Λογικός Αριθμός Κάρτας: [Grid]

Ημ. Λήξης: / /

Περίοδος Ισχύος από: / / έως / / Ημ. Έκδοσης: / /

Έντυπο Δικαιώματος⁵

Αριθμός Μητρώου: [Grid] ΑΜΚΑ: [Grid]

Έντυπο: [Grid] Περίοδος Ισχύος από: / / έως / /

B.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

[Blank area for diagnosis]

| ΧΟΡΗΓΗΘΕΙΣΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (να επισημανθεί εάν πρόκειται για γαληνικό σκεύασμα) | ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ | ΠΟΣΟΤΗΤΑ |
|--|------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ/ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

[Blank area for medical procedures]

ΠΑΡΑΓΓΕΛΘΕΙΣΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ /ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ-ΕΝΤΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

[Blank area for prescriptions]

ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΝΤΥΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Το έντυπο αφορά όλους τους Ευρωπαίους κατόχους Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθενείας (ΕΚΑΑ), Πιστοποιητικού Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ) ή κατόχους Βιβλιαρίων Υγείας που έχουν εκδοθεί βάσει εντύπων δικαιώματος Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Μέρος Α: Συμπληρώνεται από τις Γραμματείες των Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των Νοσοκομείων ΕΣΥ, από τους ιατρούς εκτός Μονάδας Υγείας ΕΟΠΥΥ (οικογενειακούς ιατρούς, ιατρούς των Κέντρων Υγείας, Αγροτικούς ιατρούς, ιατρούς του ΕΟΠΥΥ που δέχονται ασθενείς στα ιατρεία τους) καθώς και από συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς και από συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές.

Τα πεδία συμπληρώνονται όπως αναγράφονται στην Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθενείας του Ευρωπαίου Ασφαλισμένου (ΕΚΑΑ) ή στο Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ) ή στο Βιβλιάριο Υγείας:

1. **Προβλεπόμενη αναχώρηση από την Ελλάδα:** Συμπληρώνεται η πιθανή ημερομηνία αναχώρησης από την Ελλάδα του κατόχου Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθενείας (ΕΚΑΑ) ή του Πιστοποιητικού Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ) κατά δήλωσή του.
2. **Επώνυμο, Όνομα, Ημερομηνία γέννησης:** Συμπληρώνονται όπως αναφέρονται στην Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθενείας (ΕΚΑΑ) ή στο Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ) ή στο Βιβλιάριο Υγείας.
3. **Στοιχεία κάρτας:** Συμπληρώνονται όπως αναγράφονται στην Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθενείας (ΕΚΑΑ)
4. **Στοιχεία ΠΠΑ:** Συμπληρώνονται όπως αναγράφονται στο Πιστοποιητικό Προσωρινής Αντικατάστασης (ΠΠΑ). Σε περίπτωση μη αναγραφής του Λογικού Αριθμού της κάρτας το πεδίο παραμένει κενό.
5. **Έντυπο δικαιώματος:** Συμπληρώνονται όπως αναγράφονται στην ετικέτα της ασφαλιστικής ικανότητας που επικολλάται στο Βιβλιάριο Υγείας (π.χ. E121/E109, S1).

Μέρος Β: Συμπληρώνεται αποκλειστικά από τον θεράποντα ιατρό

- **Χορηγηθείσα Φαρμακευτική Αγωγή:** Συμπληρώνεται η φαρμακευτική αγωγή και η περιεκτικότητα του σκευάσματος καθώς και αν πρόκειται για γαληνικό σκεύασμα.
- **Συσκευασία:** Συμπληρώνεται η συσκευασία του σκευάσματος (αριθμός δισκίων, όγκος κλπ)
- **Ποσότητα:** Συμπληρώνεται η ποσότητα του σκευάσματος (πχ. 1 κουτί)

Ιατρικές Πράξεις: Συμπληρώνονται οι ιατρικές πράξεις που συνιστώνται από τον ιατρό

Παραγγελθείσες Εξετάσεις/Θεραπείες -Εντολή Νοσηλείας: Συμπληρώνονται οι παρακλινικές εξετάσεις/θεραπείες που πρέπει να πραγματοποιηθούν καθώς και η σύσταση παραπομπής για την νοσηλεία σε Νοσοκομείο.