ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

……………………………..

Αρ. Πρωτ.:

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ – ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ**

Από τα στοιχεία που διαθέτει η υπηρεσία μας προκύπτει ότι:

Ο/Η ……………………..……………………………………..του…………………….., κάτοικος ……………………., οδός…………………………………………………… …αριθμό……………. Νοσηλεύτηκε στην ………………………………………..κλινική από………………… έως……………………., λόγω του νοσήματος:…………………………………… το οποίο δεν έχει καταστεί χρόνιο, με βαρύτητα…………………………………. Σταδίου. Απαιτείται η εισαγωγή και νοσηλεία τ… σε Κέντρο Αποθεραπείας – Αποκατάστασης Κλειστής νοσηλείας για ……….... μήνες και η παρακολούθηση ειδικού προγράμματος με φυσικοθεραπεία, υδροθεραπεία, κινησιοθεραπεία, λογοθεραπεία κ.λ.π. σε καθημερινή βάση για………………………………………………………………………………………………, με προσδόκιμο βελτίωσης σε κίνηση, βάδιση, επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση κλπ και επανέλεγχος.

Ο Δ/ντής της Κλινικής/Ιατρός Ο Θεράπων Ιατρός

(υπογραφή) (υπογραφή)

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ Δ/ΝΤΗΣ

Πρωτόκολλο – (γνήσιο υπογραφής)

Το πιστοποιητικό-γνωμάτευση είναι απαραίτητο για την εισαγωγή και νοσηλεία ασφαλισμένου ασφαλιστικού φορέα άμεσα (ο ίδιος) ή έμμεσα ( ο συγγενής) σε Κέντρο Αποθεραπείας- Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας. Το αναφερόμενο περιεχόμενο διαμορφώθηκε στα πλαίσια των διατάξεων του Π.Δ/διατάγματος 383/2002 και προς διευκόλυνση των ενδιαφερόμενων.