

Λ. ΑΙΤΗΜΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΟΛΥΜΗΝΗΣ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Ημερομηνία αιτήματος
 Ημέρα Μήνας Έτος

Αρχικά ασθενή (επώνυμο, όνομα) /

(Χρησιμοποιήστε μόνο τα δύο πρώτα γράμματα από το επώνυμο και στη συνέχεια τα δύο πρώτα γράμματα από το όνομα του ασθενή)

Ημερομηνία γέννησης
 Ημέρα Μήνας Έτος

Φύλο κατά τη γέννηση: Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Διεμφυλικό άτομο ☐

Κωδικός αριθμός θεραπείας (Κ.Α.) _ _ _ _ _

A. Άπαξ χορήγηση πολύμηνης ☐

Διάρκεια πολύμηνης (σε μήνες): _____

Χρονικό διάστημα: Από Έως και
 Ημέρα Μήνας Έτος Ημέρα Μήνας Έτος

B. Επαναλαμβανόμενη χορήγηση πολύμηνης ☐

Επαναλαμβανόμενη χορήγηση ανά 3μηνο ☐

Επαναλαμβανόμενη χορήγηση ανά 4μηνο ☐

Επαναλαμβανόμενη χορήγηση ανά 6μηνο ☐

Χρονικό διάστημα: Από Έως και
 Ημέρα Μήνας Έτος Ημέρα Μήνας Έτος

Στοιχεία Υπηρεσίας Δήλωσης

Όνομ/μο ιατρού: _____

Μονάδα υγείας: _____

Κλινική: _____

Τηλέφωνο: _____

Υπογραφή & Σφραγίδα: _____