ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ
από ΙΑΤΡΟ

Barcode:

Αριθμός:	**2312045611866**
Ημ/νία Καταχώρισης Γνωμάτευσης:	**04-12-2023**

Τύπος Μονάδας:	**Μονάδες ΠΦΥ**
Ονοματεπώνυμο Ιατρού	**ΤΖΟΥΜΑΡΗ ΙΩΑΝΝΑ**
Ειδικότητα:	**ΓΕΝΙΚΗ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ**

ΑΜΚΑ Ιατρού:	**05127101268**
Τηλέφωνο	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

ΑΜΚΑ	**22098603990**
ΑΦΜ	**138287090**
Επώνυμο	**ΜΑΡΙΝΗΣ**
Όνομα	**ΜΙΧΑΗΛ**

Ηλικία	**37**
Τηλέφωνο	**2741031228**
Email	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ για την ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ιατρός βεβαιώνω ότι ο/η υπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενής :

✔ Εξετάσθηκε στο Ιατρείο μου την: **04/12/2023**

Η διάγνωση του κατά ICD10 ήταν	R42	Ζάλη και ίλιγγος

Περιγραφή ασθένειας

Στον υπό τα ανωτέρω στοιχεία ασθενή χορηγείται Αναρρωτική Άδεια με:

Ημερομηνία Έναρξης: 04/12/2023 και για χρονικό διάστημα 1 ημερών

Ο/Η Ιατρός

ΤΖΟΥΜΑΡΗ ΙΩΑΝΝΑ