**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΜΟΤΗ / /2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο |  | Όνομα |  |
| Όνομα Πατρός |  | Ημερομηνία Γέννησης \* |  |
| Φύλο\* |  |  |  |
| Τηλέφωνο Κινητό\* |  | Διεύθυνση |  |
|  |  | Πόλη |  |
|  |  | ΑΜΚΑ |  |
| Άπορος |  |  |  |
| Ανασφάλιστος |  | Email |  |

**Με \* τα υποχρεωτικά πεδία**

**ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ**

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ :………………………………………………………………………………………..

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝOΣ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ/ ΕΞΕΤΑΣΗ:………………………………………….

ΣΧΕΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:……………………………………………………………………………………………….

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΙΑΤΡΟΥ: (παθολογική η φυσιολογική)………………………………………..

ΣΧΟΛΙΑ ΙΑΤΡΟΥ/ΑΣΘΕΝΗ:…………………………………………………………………………………….

Με την παρούσα συμφωνώ όπως τα παραπάνω προσωπικά μου δεδομένα τηρούνται στο αρχείο του ΚΕΠ Υγείας του Δήμου ……………… και όπως ενημερώνομαι μέσω ηλεκτρονικής επιστολής από το ως άνω ΚΕΠ Υγείας είτε από πιστοποιημένους συνεργάτες του για θέματα που αφορούν την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας μου.

Ο Δήλων