

## 5.2. ΕΚΘΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΩΦΕΛΗΜΑ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

Να συμπληρωθεί από τον θεράποντα ιατρό	
Όνομα Ασθενή:	Ημερ. Γέννησης:
Διεύθυνση:	Επάγγελμα:
Διάγνωση:	
Αν η ανικανότητα οφείλεται σε Ατύχημα, πότε συνέβη; <span style="margin-left: 200px;">Αν οφείλεται σε Ασθένεια, πότε άρχισε;</span>	
Πού και πότε νοσηλεύτηκε ο ασθενής;	
Από πότε παρακολουθείτε τον ασθενή; <span style="margin-left: 150px;">Πότε τον εξετάσατε για τελευταία φορά;</span>	
Υποφέρει ή υπέφερε στο παρελθόν από ασθένεια, τραυματισμό ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση που μπορεί να συνέβαλε σε αυτό το περιστατικό; Δώστε λεπτομέρειες:	
Ποιές ιατρικές εξετάσεις έγιναν αναφορικά με το περιστατικό αυτό;	
Περιγράψτε την κατάσταση του ασθενή σήμερα: (Να αναφερθούν αν υπάρχουν ειδικές συνθήκες που εμποδίζουν την ελεύθερη κίνηση του ασθενή, αν χρησιμοποιεί κάποια μέσα όπως αναπηρική καρέκλα, κλπ)	
Ποια θεραπεία ακολούθησε ο ασθενής; Αναφέρετε χειρουργική επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή ή άλλες θεραπείες:	
Είναι ο ασθενής κλινήρης <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> σε Νοσοκομείο <input type="checkbox"/> στο σπίτι <input type="checkbox"/> καθόλου περιορισμένος <input type="checkbox"/>	
Παρακολουθείται ο ασθενής από άλλο ιατρό άλλης ειδικότητας; Δώστε λεπτομέρειες:	
Είναι ο ασθενής ικανός να κάνει την εργασία του; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Αν ΟΧΙ, είναι ο ασθενής ικανός να κάνει οποιαδήποτε εργασία άλλης φύσεως; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Αν ΝΑΙ από πότε; Αν ΟΧΙ γιατί;	
Είναι ο ασθενής ΜΟΝΙΜΑ αλλά ΜΕΡΙΚΑ ανίκανος;	
Είναι ο ασθενής ΜΟΝΙΜΑ και ΟΛΙΚΑ ανίκανος; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Αν ο ασθενής είναι ΜΟΝΙΜΑ και ΟΛΙΚΑ ανίκανος, εξηγήστε γιατί κατά την επαγγελματική σας γνώμη, δεν θα μπορέσει να εξασκήσει ποτέ οποιοδήποτε επάγγελμα:	
<b>Για επιπρόσθετες διευκρινήσεις επισυνάψτε επιπρόσθετη σελίδα</b>	
Όνοματεπώνυμο Ιατρού:	Ειδικότητα:
Διεύθυνση:	Τηλέφωνο:
Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού	Ημερομηνία
.....	.....

**ΠΡΟΣΟΧΗ: Μαζί με το έντυπο απαιτήσεων, θα πρέπει να προσκομίζονται και όλα τα απαραίτητα πιστοποιητικά (πρωτότυπα).**

### **Απαραίτητα δικαιολογητικά για απαίτηση ωφελήματος ανικανότητας**

1. Έντυπα απαίτησης (πλήρως συμπληρωμένα) (Εντός 12 μηνών από την ημερομηνία του ατυχήματος ή της εκδήλωσης της ασθένειας)
2. Ιατρικό Ιστορικό/ Έκθεση Ιατρικού συμβουλίου
3. Φωτοτυπία Ταυτότητας Ασφαλιζομένου
4. Έκθεση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την ανικανότητα όπου να φαίνονται αναλυτικά τα ποσοστά αναπηρίας βάσει των οποίων ο ασφαλισμένος συνταξιοδοτείται
5. Δήλωση Εργοδότη