

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ Αριθμός Πρωτ………………**

**Διοίκηση 2ης Υγειονομικής Ημ/νία:…………………………**

**Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου**

**Αυτοτελές Τμήμα**

**Κέντρου Εξυπηρέτησης Πολιτών Υγείας**

**Γραφείο Αναφορών – Παραπόνων Πολιτών**

**και επικοινωνίας με Λοιπούς Φορείς**

**ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ – ΥΠΟΔΕΙΞΕΩΝ**

**Στοιχεία Αιτούντος**

**Ονοματεπώνυμο:**

**Διεύθυνση:………………………Τ.Κ…………Πόλη…………..Περιφέρεια……..**

**Τηλ. Επικοινωνίας;……………………..**

**Ηλεκτρονική Διεύθυνση Επικοινωνίας:……………….**

**Ιθαγένεια:……………………………………………**

**Ηλικία:……………………………………………..**

**Επάγγελμα:…………………………………………**

**Οικογενειακή Κατάσταση:…………………………**

**Ευπαθή Ομάδα: Ναι……….Oχι……………...**

1. **Στοιχεία Μονάδας Υγείας που επισκεφθήκατε**
2. **Νοσοκομείο………………………………………**
* Κλινική/Τμήμα:…………………………………..
* Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων: ………………………………
* Τμήμα Διοικητικής Υπηρεσίας……………………………….
* Άλλη Υπηρεσία:……………………………..
1. **Κέντρο Υγείας**
* Ιατρείο:…………………………………..
	+ - Τμήμα Διοικητικής Υπηρεσίας……………………………….
1. **Πολυδύναμο Ιατρείο…………………………………………………**
2. **Περιφερειακό Ιατρείο………………………………………………..**
3. **ΤΟΜΥ…………………………………………………………………**
4. **Άλλη Μονάδα Υγείας………………………………………………..**
5. **Ιδιότητα με την οποία επισκεφθήκατε την Μονάδα Υγείας:**
* **Εξωτερικός Ασθενής………………**
* **Εσωτερικός Ασθενής………………**
* **Συνοδός Ασθενή……………………**
* **Επισκέπτης………………………...**
* **Άλλο……………………………….**
1. **Ημερομηνία επίσκεψης στη Μονάδα Υγείας:…………………………**
2. **Διατύπωση Παραπόνου – Υπόδειξης**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

 **Υπογραφή**

 **………………………………..**