



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ  
Αθήνα, 03/11/2020  
Αριθ.Πρωτ. : Γ1α/Γ.Π.οικ.70075

Ταχ.Δ/νση : Αριστοτέλους 17  
Ταχ. Κώδ. : 104 33  
Τηλέφωνο : 213 216 1624 & 1625  
FAX : 213 216 1919  
E – MAIL : [pfy1@moh.gov.gr](mailto:pfy1@moh.gov.gr)

ΠΡΟΣ: ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ



05/11/2020-62174

2Η ΥΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΣ

## ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

**ΘΕΜΑ: Απλούστευση διαδικασίας εγγραφής σε οικογενειακό ιατρό.**

ΣΧΕΤ. 1. Η υπ' αρ. Γ1α/Γ.Π.οικ. 93380/14-12-2017 εγκύκλιος με θέμα: «*Διαδικασία εφαρμογής του ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ (Α'115) - Διευκρινήσεις για τον κατάλογο Οικογενειακών Ιατρών και την διαδικασία εγγραφής σε Οικογενειακό Ιατρό και σε ΤΟΜΥ.*» (ΑΔΑ: ΩΧΠ465ΦΥΟ-Σ5Ζ).

2. Η υπ' αρ. Γ1α/Γ.Π.οικ. 22823/16-3-2018 εγκύκλιος με θέμα: «*Συμπλήρωση της υπ' αρ. Γ1α/Γ.Π.οικ. 93380/14-12-2017 Εγκυκλίου με θέμα «Διαδικασία εφαρμογής του ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ (Α' 115) - Διευκρινήσεις για τον κατάλογο Οικογενειακών Ιατρών και την διαδικασία εγγραφής σε Οικογενειακό Ιατρό και σε ΤΟΜΥ.*» (ΑΔΑ: ΩΧΠ465ΦΥΟ-Σ5Ζ)».

3. Η υπ' αρ. Γ1α/ΓΠοικ.42522/4-6-2018 εγκύκλιος με θέμα: «*Διαδικασία εγγραφής σε οικογενειακό ιατρό.*».

4. Η υπ' αρ. Γ1α/ΓΠ 49308/7-8-2018 εγκύκλιος με θέμα: «*Διευκρινίσεις αναφορικά με τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού και τη διαδικασία εγγραφής σε αυτόν.*».

Στο πλαίσιο απλούστευσης της διαδικασίας εγγραφής των πολιτών σε οικογενειακούς ιατρούς, τροποποιούμε τις προαναφερθείσες εγκυκλίους έτσι ώστε

να μην απαιτείται η προσκόμιση πιστοποιητικών από τους Λήπτες Υπηρεσιών Υγείας (ΛΥΥ).

Ως εκ τούτου, κατά τη διάρκεια επίσκεψης του ΛΥΥ σε οικογενειακό ιατρό ακολουθούνται τα επόμενα βήματα:

1. Ο οικογενειακός ιατρός εισέρχεται στο πληροφοριακό σύστημα (ιστοσελίδα [rdv.ehealthnet.gr](http://rdv.ehealthnet.gr)), επιλέγει την εγγραφή νέου ΛΥΥ, εισάγει τον ΑΜΚΑ του ΛΥΥ και συμπληρώνει τα προσωπικά στοιχεία αυτού, όπως περιγράφονται στα συνημμένα τροποποιημένα Υποδείγματα 2α και 2β του Παραρτήματος της ως άνω (1) σχετικής.
2. Ως οικογενειακός ιατρός εμφανίζεται ο ίδιος.
3. Ο οικογενειακός ιατρός υποβάλλει την ηλεκτρονική αίτηση και ακολούθως από το πληροφοριακό σύστημα εκδίδονται: α) η βεβαίωση εγγραφής, η οποία περιλαμβάνει τα στοιχεία της αίτησης και τα στοιχεία του οικογενειακού ιατρού και β) οι προσωρινοί κωδικοί του ΛΥΥ για την πρόσβασή του στο πληροφοριακό σύστημα της ΠΦΥ μαζί με οδηγίες για την πρόσβασή του.

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:** ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2α & 2β



ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΠΦΥ

Μ. ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΕΟΥΣ

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ** (για τις ενέργειες αρμοδιότητάς τους και παράλληλη ενημέρωση των φορέων εποπτείας τους):

1. 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής  
Ζαχάρωφ 3, ΤΚ 115 21, Αθήνα
2. 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου  
Θηβών 196-198, ΤΚ 185 43, Πειραιάς
3. 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας  
Αριστοτέλους 16, ΤΚ 54 623, Θεσσαλονίκη
4. 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας & Θράκης  
Αριστοτέλους 16, ΤΚ 54 623, Θεσσαλονίκη

**5. 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας**  
Νικηταρά 18, ΤΚ 41 221, Λάρισα

**6. 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων,  
Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας ΝΕΟ Πατρών – Αθηνών & Υπάτης 1, ΤΚ 26 441, Πάτρα**

**7. 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης**  
3ο χλμ. Ε.Ο. Ηρακλείου-Μοιρών, Τ.Κ. 71500, Ηράκλειο Κρήτης, Τ.Θ. 1285

**8. ΕΟΠΥΥ**  
Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι 151 23

**9. ΗΔΙΚΑ**  
Λυκούργου 10, 10551, Αθήνα

**Εσωτερική Διανομή:** (με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο)

1. Γραφείο Υπουργού
2. Γραφείο Υφυπουργού
3. Γραφείο Γενικού Γραμματέα ΠΦΥ
4. Γραφείο Προϊστ. Γεν. Δ/σης Υπηρεσιών Υγείας
5. Δ/ση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

## ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2α

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

ΟΝΟΜΑ	_____	
ΕΠΩΝΥΜΟ	_____	
Α.Μ.Κ.Α.	_____	
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	_____	Συμπληρώνεται από τον οικ. ιατρό
ΤΟΠΦΥ	_____	
ΜΟΝΑΔΑ	_____	

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΛΗΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ	_____	
ΕΠΩΝΥΜΟ	_____	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	_____	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	_____	προαιρετικό
Α.Φ.Μ.	_____	προαιρετικό
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	_____	
Α.Μ.Κ.Α.	_____	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	_____	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	_____	
ΔΗΜΟΣ	_____	
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΟΣ	_____	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	_____	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ (2)	_____	προαιρετικό
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	_____	προαιρετικό

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ (προαιρετικά)

ΟΝΟΜΑ	_____
ΕΠΩΝΥΜΟ	_____
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	_____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	_____

Με την παρούσα

- αιτούμαι όπως εγγραφώ στον ανωτέρω Οικογενειακό Ιατρό,
- δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην αίτηση είναι αληθή, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου,
- δηλώνω ότι ενημερώθηκα από τον Οικογενειακό Ιατρό ότι αυτός θα μπορεί να έχει πρόσβαση και θα μπορεί να επεξεργάζεται τα προσωπικά και ιατρικά δεδομένα μου στο σύστημά του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, καθώς και για το σύνολο του περιεχομένου του άρθρου 21 ν.4486/2017, όπως ισχύει,

δηλώνω ότι επιθυμώ να λαμβάνω ενημερωτικό υλικό για τις δράσεις υγείας που πραγματοποιούνται εντός του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

«Τόπος, Ημερομηνία»

Ο/Η Αιτών/ούσα

## ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2β

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ δια νόμιμου αντιπροσώπου

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_  
ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ \_\_\_\_\_  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ \_\_\_\_\_  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ \_\_\_\_\_

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_  
ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_  
Α.Μ.Κ.Α. \_\_\_\_\_  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ \_\_\_\_\_  
ΤΟΠΦΥ \_\_\_\_\_  
ΜΟΝΑΔΑ \_\_\_\_\_

Συμπληρώνεται  
από τον οικ.  
ιατρό

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_  
ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ \_\_\_\_\_  
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ \_\_\_\_\_  
Α.Φ.Μ. \_\_\_\_\_  
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ \_\_\_\_\_  
Α.Μ.Κ.Α. \_\_\_\_\_  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ \_\_\_\_\_  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ \_\_\_\_\_  
ΔΗΜΟΣ \_\_\_\_\_  
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΟΣ \_\_\_\_\_  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ \_\_\_\_\_  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ (2) \_\_\_\_\_  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ \_\_\_\_\_

προαιρετικό  
προαιρετικό

προαιρετικό  
προαιρετικό

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_  
ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ \_\_\_\_\_  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ \_\_\_\_\_

προαιρετικά

Με την παρούσα

αιτούμαι όπως ο ανωτέρω λήπτης υπηρεσιών υγείας εγγραφεί στον ανωτέρω Οικογενειακό Ιατρό

δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην αίτηση είναι αληθή, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου

☑ δηλώνω ότι ενημερώθηκα από τον Οικογενειακό Ιατρό ότι αυτός θα μπορεί να έχει πρόσβαση και θα μπορεί να επεξεργάζεται τα προσωπικά και ιατρικά δεδομένα μου στο σύστημά του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, καθώς και για το σύνολο του περιεχομένου του άρθρ. 21 ν.4486/2017, όπως ισχύει

☑ δηλώνω ότι επιθυμώ να λαμβάνω ενημερωτικό υλικό για τις δράσεις υγείας που πραγματοποιούνται εντός του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Συνημμένα:

- Αντίγραφο εγγράφου δικαστικής απόφασης ορισμού δικαστικού συμπαραστάτη ή απονομής της επιμέλειας ή Βεβαίωση Οικογενειακής κατάστασης από την οποία να προκύπτει ο βαθμός συγγένειας.

Τόπος, Ημερομηνία»

Ο/Η Νόμμος/-η Αντιπρόσωπος

(Ολογράφως και Υπογραφή)