

Αίτηση προς την Τριμελή Επιτροπή του ΕΟΜ για την έγκριση  
μετάβασης στο εξωτερικό για ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟ λειτουργίας μοσχεύματος

**Στοιχεία Ασθενούς**

Όνομα: .....  
Επώνυμο: ..... Όνομα πατρός .....  
Ηλικία: ..... ΑΜΚΑ .....  
Ασφαλιστικός φορέας  
 Άμεσα Ασφαλισμένος  
 Έμμεσα Ασφαλισμένος στον /στην.....  
με ΑΜΚΑ.....Συγγένεια.....  
Διεύθυνση Κατοικίας.....  
Περιοχή..... Τ.Κ.....  
Τηλέφωνα επικοινωνίας .....  
E-mail .....

Σε περίπτωση ανηλικού ή ανικανότητας του ασθενούς να αιτηθεί, η αίτηση πραγματοποιείται από τον /την  
..... Σχέση / συγγένεια με ασθενή.....

**Αίτημα έγκρισης Επανελέγχου μεταμόσχευσης** .....(όργανο)

- Τακτικός επανέλεγχος  
 Αντιμετώπιση επιπλοκής

Ημερομηνία πραγματοποιηθείσας μεταμόσχευσης .....

Ημερομηνία προηγούμενου επανελέγχου (εφόσον έχει πραγματοποιηθεί) .....

Ημερομηνία Ραντεβού..... Χώρα .....

Μεταμοσχευτικό Κέντρο .....

Απαραίτητα συνημμένα δικαιολογητικά:

1. Βεβαίωση θεράποντος ιατρού (με ιστορικό, λόγους αναγκαιότητας μετάβασης στο εξωτερικό, δυνατότητα πραγματοποίησης εξέτασης στην Ελλάδα)
2. Βεβαίωση από Διευθυντή εγχώριας Μονάδας Μεταμοσχεύσεων αντίστοιχου οργάνου (με ημερομηνία και πόρισμα εξέτασης, αναγκαιότητα μετάβασης στο εξωτερικό)
3. Έγγραφο με ημερομηνία ραντεβού από Κέντρο Μεταμοσχεύσεων του εξωτερικού (με αναφορά προγραμματισμένων εξετάσεων)
4. Το πόρισμα του προηγούμενου μετά-μεταμοσχευτικού ελέγχου του στο κέντρο του εξωτερικού (εφόσον υπάρχει)

Επιτρέπω στον ΕΟΜ να επεξεργαστεί τα προσωπικά μου δεδομένα για διεκπεραίωση αιτήσεως μου

Ημερομηνία: .....

Ο/Η αιτών/ούσα