

Φορέας υποβολής Ημερομηνία
 αιτήματος:
 Ταχ. Διεύθυνση: Αρ. Εμπ.
 Πρωτοκόλλου
 Τηλ.
 Επικοινωνίας:
 Φαξ: Προς:
 Email: Διαχειριστή Κενών Θέσεων της
 ΥΠΕ
 Υπ.
 Επικοινωνίας:

ΑΙΤΗΣΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΦΑΚΕΛΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΔΟΜΗ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Στοιχεία Ασθενούς Παρακαλώ όπως εγκρίνεται την εισαγωγή
 Επώνυμο: του/της
 ασθενούς

 Σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής
 Αποκατάστασης:
 Όνομα: Οικοτροφείο: ☐ Κωδικός: ☐
 Όνομα Πατέρα: Ξενώνας: ☐ Κωδικός: ☐
 Όνομα Μητέρας: Προστατευμένο Διαμέρισμα: ☐
 Ημερομηνία
 Γέννησης:
 Ταχ. Διεύθυνση: Υποβάλλονται συνημιμένα:
 1. Ιατρική Γνωμάτευση
 2. Βεβαίωση Κοινωνικής Έρευνας
 3.

Ο/Η Αιτών-ούσα

Ονοματεπώνυμο – Ιδιότητα

.....

Π4 (ΠΡΟΤΥΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ)ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ
ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ ΣΕ ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗ ΔΟΜΗΣτοιχεία Ασθενούς

Επώνυμο:
 Όνομα:
 Όνομα Πατέρα:
 Όνομα Μητέρας:
 Ημερομηνία Γέννησης:
 Ταχ. Διεύθυνση:
 Α.Μ.Κ.Α.:

Ψυχιατρική Διάγνωση (κατά
 ICD:10)

Κύρια ψυχιατρική διάγνωση:

Τυχόν δευτερεύουσες
 ψυχιατρικές διαγνώσεις:

Συνυπάρχουσες παθήσεις
 σωματικής υγείας:

Παρούσα κλινική κατάσταση
 (αδρή περιγραφή ψυχωτικών
 συμπτωμάτων, διαταραχών
 συναισθήματος, γνωστικών ελλειμμάτων,
 διαταραχών συμπεριφοράς, στοιχείων
 προσωπικότητας, ανταπόκριση στη
 φαρμακευτική αγωγή στο παρόν κλπ.):

Ιστορικό ψυχιατρικών
 νοσηλειών (χρόνοι νοσηλείας):

Ιστορικό
 βίαιης/αυτοκαταστροφικής
 συμπεριφοράς:

Βαθμός
 λειτουργικότητας/αυτονομίας
 και κινητικότητας:

Ο/Η Δηλών-ούσα

Ονοματεπώνυμο – Ιδιότητα