

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ιατρός ειδικότητας με AMKA και με Αριθμό Μητρώου, για την ιατρική εξέταση υποψηφίου οδηγού ή οδηγού (*) για χορήγηση ή ανανέωση (*) άδειας οδήγησης:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩΝ

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου επί της οδού, αριθμός, περιοχή, του/την (*), του (Όνομα πατρός), διεύθυνση κατοικίας, AMKA:, κατά παραγγελία του/της ιατρού ειδικότητας (**)

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Το διαθέσιμο ιατρικό ιστορικό του εξεταζόμενου
2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις
3. Το από ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείουότι.....
4. Το ερωτηματόλογο για έλεγχο του Αποφρακτικού τύπου Συνδρόμου Απνοιών Υποπνοιών
5. Την άδεια οδήγησης με αριθμό (***)
6.

Και τον/την κρίνω

IKANO-H

MH IKANO-H

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ
σε ιατρό ειδικότητας
.....
ή σε Κέντρο Αξιολόγησης

(*)

για να του/της χορηγηθεί - ανανεωθεί (*) η άδεια οδήγησης της

ΟΜΑΔΑΣ 1

ΟΜΑΔΑΣ 2

(*)

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι για.....

Παρατηρήσεις και Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης:

...../...../20.....

O/H Ιατρός
(Υπογραφή - Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ότι δεν ισχύει/απαιτείται

(**) Συμπληρώνονται τα στοιχεία του ιατρού που έκανε την παραπομπή για ιατρική εξέταση

(***) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης