

Ιατρική Βεβαίωση



2307

Αριθμός Βεβαίωσης: 230

Ημ/νία Έκδοσης : 07/07/2023

Στοιχεία Ιατρού

Όνομα:

Επώνυμο:

Α.Φ.Μ.:

Ειδικότητα: ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

Α.Μ.Κ.Α.: 2

Στοιχεία Πολίτη

Όνομα:

Επώνυμο:

Όνομα πατρός:

Ημερομηνία γέννησης:

Ταυτοποιητικό Στοιχείο: Α.Μ.Κ.Α.

Μονάδα Υγείας: Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΑΤΡΩΝ
"ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ"

Αρ. Ταυτ. Στοιχείου:

Ο/Η κάτωθι ιατρός πιστοποιεί πως ο/η ανωτέρω του Υ κάτοικος ΠΑΤΡΑΣ, εξετάστηκε στο τακτικό Εξωτερικό ιατρείο του ΓΝ Πατρών Πάτρας «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» στις λόγω της πάθησής του, η οποία είναι νεανικός, Ινσουλινοεξαρτώμενος Σακχαρώδης Διαβήτης, τύπου 1, για την αντιμετώπιση του οποίου είναι απολύτως απαραίτητα:

1. Καθημερινή χρήση ινσουλίνης υποδορίως.
2. Καθημερινή μέτρηση του σακχάρου στο αίμα
3. Τακτική παρακολούθηση στα ΕΙ της Παιδοενδοκρινολογικής Μονάδας για την σωστή αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη.
4. Κρίνεται απαραίτητη η παρουσία σχολικού νοσηλευτή στην σχολική μονάδα στην οποία φοιτά η μαθήτρια
5. Η παρούσα γνωμάτευση χορηγείται ύστερα από αίτημα του γονέα για σχολικό νοσηλευτή.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
(Γτροβυριά)

Δ/ντής Κλινικής
ΕΣΥ ή
Παν/νός Κλινικός

Ο/Η Ιατρός