



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

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
Τ.Κ. : 101 87
Πληροφορίες : Μερ. Τριανταφυλλίδη
: Δ. Σολδάτος
Τηλέφωνο : 213 216 1649,1654
FAX : 213 216 1919
E-Mail : pfy1@moh.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθήνα, 14 / 12 / 2017
Αριθμ. Πρωτ.:Γ1α/Γ.Π.Οικ.93380

ΠΡΟΣ: ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

ΘΕΜΑ: Διαδικασία εφαρμογής του ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ(115/τ.Α') - Διευκρινήσεις για τον κατάλογο Οικογενειακών Ιατρών και την διαδικασία εγγραφής σε Οικογενειακό Ιατρό και σε ΤΟΜΥ.

Σε εφαρμογή του ν.4486/2017 (ΦΕΚ 115/τ.Α') και προκειμένου να διασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επισημαίνονται τα ακόλουθα σχετικά με τον θεσμό του Οικογενειακού Ιατρού και την σταδιακή υλοποίησή του, κατά το μεταβατικό διάστημα, μέχρι την ολοκλήρωση του σχετικού θεσμικού πλαισίου με την έκδοση των προβλεπόμενων στο νόμο υπουργικών αποφάσεων.

1. Κατάλογος Οικογενειακών ιατρών

Ο Οικογενειακός Ιατρός αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το δημόσιο σύστημα υγείας και παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο με σκοπό την πρόληψη της νόσου και την προαγωγή της υγείας.

Ως Οικογενειακός Ιατρός ορίζεται ιατρός ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας για



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Υπουργείο Υγείας



τον ενήλικο πληθυσμό και παιδίατρος για τον παιδικό πληθυσμό. Ο ανώτατος πληθυσμός ευθύνης (εγγεγραμμένος) ορίζεται σε αναλογία ένας (1) ιατρός ανά δύο χιλιάδες διακόσιους πενήντα (2.250) εγγεγραμμένους ενήλικες και ένας (1) παιδίατρος ανά χίλια πεντακόσια (1.500) παιδιά.

Κατά το μεταβατικό στάδιο, ρόλο Οικογενειακού Ιατρού αναλαμβάνουν:

α) οι Οικογενειακοί Ιατροί των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.),

β) οι ιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας ή παιδιατρικής των Κέντρων Υγείας, τα οποία μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας εγγραφής του συνόλου του πληθυσμού της χώρας, συνεχίζουν την λειτουργία τους με τον ίδιο ως τώρα τρόπο, χωρίς εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης, παρέχοντας υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο λοιπό πληθυσμό,

γ) οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιώτες ιατροί, σύμφωνα με το άρθρ. 11 του ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115/τ.Α'), κάτοχοι τίτλου γενικής ιατρικής ή παθολογίας ή παιδιατρικής.

Με ευθύνη των Υγειονομικών Περιφερειών και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., κατ' αναλογία των ανωτέρω, καταρτίζονται ηλεκτρονικοί κατάλογοι με τους εν ενεργεία Οικογενειακούς Ιατρούς, όπως ορίζονται. Στους καταλόγους αυτούς καταγράφονται τα προσωπικά στοιχεία και τα στοιχεία επικοινωνίας των Οικογενειακών Ιατρών, η μονάδα στην οποία παρέχουν τις υπηρεσίες τους και η ιατρική ειδικότητά τους. Οι ηλεκτρονικοί κατάλογοι τηρούνται στον φορέα εποπτείας και αποστέλλονται, στη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας για την ενημέρωση κάθε ενδιαφερόμενου φορέα και τα περιεχόμενά τους εμφανίζονται στο υπόδειγμα 1 του παραρτήματος της παρούσας.

Η επικαιροποίηση των ανωτέρω καταλόγων βαρύνει τους Οικογενειακούς Ιατρούς, τις κατά τόπο αρμόδιες Υ.Πε. και τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., κατ' αναλογία, οι οποίοι υποχρεούνται να ενημερώνουν άμεσα και με κάθε πρόσφορο τρόπο την Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

2. Περιγραφή διαδικασίας εγγραφής πληθυσμού ευθύνης σε Οικογενειακό Ιατρό.

Ο πληθυσμός εγγράφεται, στο πρώτο στάδιο εφαρμογής, στον Οικογενειακό Ιατρό (ως άνω περιπτώσεις α και γ), ο οποίος τον καλύπτει εντός των ορίων του Δήμου στον οποίο διαμένει. Η εγγραφή στον Οικογενειακό Ιατρό γίνεται κατόπιν αίτησης - υπεύθυνης δήλωσης του ενδιαφερόμενου. Στην αίτηση – υπεύθυνη δήλωση συμπληρώνονται Στοιχεία Ταυτότητας, ο Α.Μ.Κ.Α. και Στοιχεία Επικοινωνίας σύμφωνα με το υπόδειγμα 2α του Παραρτήματος της παρούσας ή σύμφωνα με το έγγραφο που προκύπτει από το ηλεκτρονικό σύστημα εγγραφής. Για την ολοκλήρωση της εγγραφής απαιτείται ταυτοποίηση με δημόσια έγγραφα των προσωπικών στοιχείων (ταυτότητα ή διαβατήριο, Α.Μ.Κ.Α. και αποδεικτικό διεύθυνσης κατοικίας ή σχετική υπεύθυνη δήλωση) και καταγραφή σύντομου ιατρικού ιστορικού. Στην περίπτωση που ο λήπτης υπηρεσιών υγείας είναι ανήλικος, οι ανωτέρω ενέργειες πραγματοποιούνται από γονέα ή πρόσωπο που έχει την επιμέλειά του (υπόδειγμα 2β). Στην περίπτωση που ο λήπτης υπηρεσιών

υγείας τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση οι ανωτέρω ενέργειες πραγματοποιούνται από τον δικαστικό του συμπαραστάτη (υπόδειγμα 2β).

Οι εγγεγραμμένοι σε Οικογενειακό Ιατρό καταγράφονται στην Καρτέλα Εγγεγραμμένου Πληθυσμού Οικογενειακού Ιατρού στην οποία συμπληρώνονται όλα τα στοιχεία της αίτησης. Η καρτέλα συμπληρώνεται ηλεκτρονικά, σύμφωνα με το υπόδειγμα 3 του παραρτήματος της παρούσας, έως την πλήρη λειτουργία του ηλεκτρονικού καταλόγου εγγεγραμμένου πληθυσμού.

3. Εγγραφή σε Τ.ΟΜ.Υ.

Ο πληθυσμός που έχει τη δυνατότητα να εγγραφεί σε μια Τ.ΟΜ.Υ. είναι το σύνολο του γενικού πληθυσμού εντός του Δήμου στον οποίο συγκροτείται η Τ.ΟΜ.Υ. και μέχρι του ορίου των 12.000 ατόμων, όπως ορίζεται στο άρθρ. 106 του ν.4461/2017.

Η εγγραφή στην Τ.ΟΜ.Υ. αφορά τις λοιπές υπηρεσίες τις οποίες αυτή παρέχει, πλην των υπηρεσιών του Οικογενειακού Ιατρού, και πραγματοποιείται:

1. είτε με την αίτηση εγγραφής στον Οικογενειακό Ιατρό που παρέχει υπηρεσίες στην Τ.ΟΜ.Υ. (υπόδειγμα 2α και 2β),
2. είτε με διακριτή αίτηση εγγραφής στην Τ.ΟΜ.Υ. (υπόδειγμα 4α και 4β).

Τηρείται ηλεκτρονικός κατάλογος εγγεγραμμένου πληθυσμού Τ.ΟΜ.Υ., τα περιεχόμενα του οποίου εμφανίζονται στο υπόδειγμα 5 του Παραρτήματος της παρούσας. Το συνημμένο παράρτημα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της παρούσας.

Ο ΑΝ. ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΣΤ. ΒΑΡΔΑΡΟΣ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Το αναφερόμενο στην εγκύκλιο Παράρτημα με τα προαναφερθέντα υποδείγματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ (για τις ενέργειες αρμοδιότητας 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 46-48, 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. Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι 151 23

Εσωτερική Διανομή: (με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο)

1. Γραφείο Υπουργού
2. Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού
3. Γραφείο Γενικού Γραμματέα
4. Γραφείο Γεν. Γραμματέα Δημόσιας Υγείας
5. Γραφείο Αν. Γεν. Γραμματέα
6. Γραφείο Προϊστ. Γεν. Δ/σης Υπηρεσιών Υγείας
7. Δ/ση Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων
8. Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Λειτουργίας Υγειονομικών Περιφερειών
9. Δ/ση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Υπουργείο Υγείας



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

Φορέας	
Στοιχεία Επικοινωνίας	

Α/Α	Προσωπικά Στοιχεία				Στοιχεία Επικοινωνίας					Δομή Παροχής Υπηρεσιών Υγείας						
	Όνομα	Επώνυμο	Πατρώνυμο	ΑΜΚΑ	Διεύθυνση Κατοικίας (Οδός - Αριθμός)	Δήμος	ΤΚ	Τηλέφωνο	Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου	Υγειονομική Περιφέρεια	Περιφερειακή Ενότητα	Δήμος	ΤΟΠΦΥ	Μονάδα	Ονομασία	Ιατρική Ειδικότητα



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Υπουργείο Υγείας



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2α


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

ΟΝΟΜΑ _____
 ΕΠΩΝΥΜΟ _____
 Α.Μ.Κ.Α. _____
 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ _____
 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 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,
- δηλώνω ότι επιθυμώ να λαμβάνω ενημερωτικό υλικό για τις δράσεις υγείας που πραγματοποιούνται εντός του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Συνημμένα:

- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Ταυτοποίησης (πχ Δελτίο Ταυτότητας)
- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Απόδειξης Διεύθυνσης Κατοικίας ή σχετική υπεύθυνη δήλωση(πρωτότυπη).

«Τόπος, Ημερομηνία»

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Ολογράφως και Υπογραφή)



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ





**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2β

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 _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ 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 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 έχει πρόσβαση και θα μπορεί να επεξεργάζεται τα προσωπικά και ιατρικά δεδομένα του ανωτέρω λήπτη υπηρεσιών υγείας στο σύστημα του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, καθώς και για το σύνολο του περιεχομένου του άρθρ. 21 ν.4486/2017,
- δηλώνω ότι ο ανωτέρω λήπτης υπηρεσιών υγείας επιθυμεί να λαμβάνει ενημερωτικό υλικό για τις δράσεις υγείας που πραγματοποιούνται εντός του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

**Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ**



Υπουργείο Υγείας



ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2β

Συνημμένα:

- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Ταυτοποίησης (πχ Δελτίο Ταυτότητας) αιτούντος και λήπτη υπηρεσιών υγείας.
- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου δικαστικής απόφασης ορισμού δικαστικού συμπαραστάτη ή απονομής της επιμέλειας ή Βεβαίωση Οικογενειακής κατάστασης από την οποία να προκύπτει ο βαθμός συγγένειας.
- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Απόδειξης Διεύθυνσης Κατοικίας ή σχετική υπεύθυνη δήλωση(πρωτότυπη).

«Τόπος, Ημερομηνία»

Ο/Η Νόμιμος/-η
Αντιπρόσωπος

(Ολογράφως και Υπογραφή)



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Υπουργείο Υγείας



ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2β



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Υπουργείο Υγείας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3

ΚΑΡΤΕΛΑ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

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

Α/Α	ΟΝΟΜΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΔΗΜΟΣ	ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΟΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ (2)	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ	ΟΝΟΜΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Υπουργείο Υγείας





Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Υπουργείο Υγείας



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ Τ.ΟΜ.Υ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ Τ.ΟΜ.Υ.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ _____
 ΟΝΟΜΑΣΙΑ _____
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ _____
 ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

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

Με την παρούσα

- αιτούμαι όπως εγγραφώ στην ανωτέρω Τ.ΟΜ.Υ.,
- δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην αίτηση είναι αληθή, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου,
- δηλώνω ότι εφόσον εγγραφώ σε Οικογενειακό Ιατρό οφείλω να ενημερώσω άμεσα την Τ.ΟΜ.Υ.
- δηλώνω ότι επιθυμώ να λαμβάνω ενημερωτικό υλικό για τις δράσεις υγείας που πραγματοποιούνται εντός του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Συνημμένα:

- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Ταυτοποίησης (πχ Δελτίο Ταυτότητας),
- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Απόδειξης Διεύθυνσης Κατοικίας ή σχετική υπεύθυνη δήλωση(πρωτότυπη).

«Τόπος, Ημερομηνία»

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Ολογράφως και Υπογραφή)



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Υπουργείο Υγείας





**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΕ Τ.ΟΜ.Υ. δια νόμιμου αντιπροσώπου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑ _____
 ΕΠΩΝΥΜΟ _____
 ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ _____
 ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____
 ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ Τ.ΟΜ.Υ.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ _____
 ΟΝΟΜΑΣΙΑ _____
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ _____
 ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΓΓΡΑΦΟΜΕΝΟΥ

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

Με την παρούσα

- αιτούμαι όπως ο ανωτέρω λήπτης υπηρεσιών υγείας εγγραφεί στην ανωτέρω Τ.ΟΜ.Υ.,
- δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην αίτηση είναι αληθή, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου
- δηλώνω ότι εφόσον ο ανωτέρω εγγραφεί σε Οικογενειακό Ιατρό οφείλω να ενημερώσω άμεσα την Τ.ΟΜ.Υ.
- δηλώνω ότι ο ανωτέρω λήπτης Υπηρεσιών Υγείας επιθυμεί να λαμβάνει ενημερωτικό υλικό για τις δράσεις υγείας που πραγματοποιούνται εντός του Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Συνημμένα:

- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Ταυτοποίησης (πχ Δελτίο Ταυτότητας) αιτούντος και λήπτη υπηρεσιών υγείας.
- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου δικαστικής απόφασης ορισμού δικαστικού συμπαραστάτη ή απονομής της επιμέλειας ή Βεβαίωση οικογενειακής κατάστασης από την οποία να προκύπτει ο βαθμός συγγένειας.
- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Απόδειξης Διεύθυνσης Κατοικίας ή σχετική υπεύθυνη δήλωση (πρωτότυπη).

«Τόπος, Ημερομηνία»

Ο/Η Νόμιμος/-η

Αντιπρόσωπος

(Ολογράφως και Υπογραφή)



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

**Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ**



Υπουργείο Υγείας





Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Υπουργείο Υγείας



ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 5

ΚΑΡΤΕΛΑ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ Τ.ΟΜ.Υ.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ	
Τ.ΟΜ.Υ.	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

Α/Α	ΟΝΟΜΑ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΑΦΜ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΜΚΑ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΦΥ	ΔΗΜΟΣ	ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΟΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ (2)	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΜΥ (ΝΑΙ/ΟΧΙ)



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ



Υπουργείο Υγείας

