

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΕΤΗΣΙΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ
ΕΛΕΓΧΟΥ/ ANNUAL CHECK-UP FORM**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ / POLICY NUMBER:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / DETAILS OF INSURED PERSON:

Πλήρες Όνομα Ασφαλισμένου / Full Name of Insured Person:

.....

Αριθμός Ταυτότητας / I.D. No.:..... Ημερομηνία Γεννήσεως /DoB:.....

Ημερομηνία / Date:..... Υπογραφή / Signature:.....

ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ / TYPE OF CLINICAL LABORATORY TESTS:

Ανάλυση Ούρων / Urinalysis

Γενική ανάλυση αίματος / Full blood count

Περιλαμβάνει: Αιμοσφαιρίνη, τύπο λευκών αιμοσφαιρίων και ταχύτητα καθιζήσεως /
Consists of: Erythrocyte sedimentation rate and differential count

Βιοχημεία (ανάλυση αίματος) / Biochemistry (Blood Test)

Περιλαμβάνει: Σάκχαρο νηστείας, Ολική Χοληστερόλη, HDL, LDL, Τριγλυκερίδια, Κρεατινίνη
αίματος ή ουρία, ηπατικές δοκιμασίες όπως GPT, gamma-GT, ψευδοχοληνεστεράση και
ουρικό οξύ / Consists of: Fasting blood sugar, Total cholesterol, HDL, LDL, Triglycerides,
Creatinine or urea, liver function tests i.e. GPT, gamma-GT, cholinesterase and uric acid

Ηλεκτροκαρδιογράφημα / Electrocardiogram

Ημερομηνία / Date:.....

Όνομα Εργαστηριακού Χημείου / Name of Clinical Laboratory:

.....

.....
Πλήρες Όνομα Ιατρού/ Doctor's Full Name

.....
Υπογραφή Ιατρού/ Doctor Signature

Πλήρες Όνομα Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή / Full Name of Insurance Intermediary:

.....

Κωδικός Αριθμός / Code No.:.....