

**ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ / ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ / REFERRAL FORM FOR
MEDICAL / LABORATORY EXAMINATION**

Αριθμός Αιτήσεως/Συμβολαίου / Proposal/Policy No.:
Όνομα Εταιρίας / Company Name:
Όνομα Υπευθύνου Λειτουργού / Responsible Officer Full Name:
Τμήμα / Department: <input type="checkbox"/> Life U/W <input type="checkbox"/> Medical claims

Όνομα Ασφαλιζομένου / Insured Person's name:
Ημερομηνία Γεννήσεως / Dob:
Ηλικία κατά τα προηγούμενα γενέθλια / Age at last birthday:
Ημερομηνία / Date: Υπογραφή / Signature :

**ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΤΜΗΜΑ/ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ / TO BE COMPLETED BY
RESPONSIBLE DEPARTMENT/OFFICER
ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ / TYPE OF EXAMINATION**

Όνομα Ασφαλιστικού συμβούλου/ Name of Insurance Intermediary:
Επαρχία / District : Κωδικός Αριθμός / Code No.:
Τηλέφωνο / Telephone: Υπογραφή / Signature:

<u>Ιατρικές Εξετάσεις / Medical Examination</u>
<input type="checkbox"/> Ιατρική Εξέταση / (MER) <input type="checkbox"/> Ηλεκτροκαρδιογράφημα / (ECG)
<input type="checkbox"/> Δοκιμασία Κοπώσεως / (EXERCISE ECG)
<u>Εργαστηριακές εξετάσεις / Laboratory Tests</u>
<input type="checkbox"/> Γενική Ανάλυση Αίματος που να περιλαμβάνει: Αιμοσφαιρίνη, τύπο λευκών αιμοσφαιρίων και ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών αιμοσφαιρίων / Full Blood Count which includes: Hemoglobin, White blood cells differential, & Erythrocytes Sedimentation Rate (ESR)
<input type="checkbox"/> Βιοχημεία (ανάλυση αίματος) που να περιλαμβάνει: Ζάκχαρο, Ολική Χοληστερόλη, HDL, LDL, Τριγλυκερίδια, Αλκαλική Φωσφατάζη, Κρεατινίνη η Ουρία, Ουρικό Οξύ & Υπατικά Ένζυμα όπως GPT & GGT / Biochemistry which includes: Glucose, Total Cholesterol, HDL, LDL, Triglycerides, ALP, Creatinine or Urea, Uric acid & Liver Enzymes such as GPT & GGT and SGPT
<input type="checkbox"/> Ανάλυση Ούρων / Urine Analysis, <input type="checkbox"/> Ανάλυση για HIV / Examination for HIV
Ημερομηνία Ραντεβού / Appointment Date: Ώρα / Time:

**ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ/ΧΗΜΙΚΟ / TO BE COMPLETED BY
EXAMINING DOCTOR/CHEMIST**

Ημερομηνία / Date:
Όνομα Ιατρού/Χημικού / Doctor's/Chemist's name:
Επισυνάπτω τα πρωτότυπα αποτελέσματα εξετάσεων και το πρωτότυπο τιμολόγιο / I attach the original examination results and the original invoice.
Υπογραφή Ιατρού/Χημικού / Doctor's/Chemist's Signature: