

ΑΙΤΗΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Α.Μ ΚΕΠΑ			ΚΕ.ΠΑ ⁽¹⁾			
Ημερομηνία: / /						
Κατηγορία Αιτήματος	1:	2:	3:	Σχόλια:		
Ημερομηνία Κατάθ. Αίτησης στον Φορέα: ... / ... / 201.. ^(*)			Ημερομηνία Λήξης Παροχής (παράταση) ... / ... / 201.. ^(*)			
ΑΜΚΑ:		ΑΦΜ:		ΔΟΥ:		
Φορέας Ασφάλισης: ^(*)			Αριθμός Μητρώου Φορέα: ^(*)			
Επώνυμο:			Όνομα:			
Πατρώνυμο:			Μητρώνυμο:			
Ημερομηνία Γέννησης:		Σ		Κινητό:		
Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:				Ημερομηνία Έκδοσης:		
Εκδούσα Αρχή:				Υπηκοότητα:		
Δ/ση Κατοικίας:						
Οδός:		Αριθ.		Πόλη: Τ.Κ.		
Τελευταίο Επάγγελμα / Ειδικότητα:						
Οικογενειακή Κατάσταση (σημειώστε με X)	Αγαμος:η	<input type="checkbox"/>		Σχέση με Φορέα Ασφάλισης (σημειώστε με X)	Άμεση:	<input type="checkbox"/>
	Εγγαμος:η	<input type="checkbox"/>			Έμμεση:	<input type="checkbox"/>
	Χηρος:α	<input type="checkbox"/>			Ανασφαλιστος:	<input type="checkbox"/>
	Διαζευγμενος:η	<input type="checkbox"/>				
Επίπεδο Σπουδών: (σημειώστε με X)	Υποχρεωτική	Μεση	Ανωτερη	Ανωτατη	ΙΕΚ	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (*)						
ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:			ΚΕ.ΠΑ ⁽²⁾ (Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)			
Διεύθυνση Εξέτασης:						
Υπογραφή Εξεταζομένου:						
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ <input type="checkbox"/> Φυσικό Πρόσωπο <input type="checkbox"/> Δικηγόρος <input type="checkbox"/> (Σημειώστε με X)						
Επώνυμο:			Όνομα:			
Τηλέφωνο:			Αρ. Ταυτότητας/Διαβατηρίου:			
Αρ. Πληρεξουσίου / Επιτροπικού:			Λήξη:			
Υπογραφή Εκπροσώπου:						

^(*) Το πεδίο συμπληρώνεται εφόσον απαιτείται

Συνημμένα:

ΠΡΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΕΠΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο.....

Όνομα πατέρα

Ημερομηνία Γέννησης.....

Α.Μ.:..... Ασφαλιστικός Φορέας.....

Α.Μ.Κ.Α.

Διεύθυνση κατοικίας:Αριθμός..... Τ.Κ.....

Πόλη.....

Τηλέφωνα επικοινωνίας : Κινητό

Ημερομηνία έναρξης της αναπηρίας

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

(Θα πρέπει η προέγουσα πάθηση να ενταχθεί σε μία από τις ειδικότητες υγειονομικών επιτροπών του Πίνακα 1. Ακολουθούν παραδείγματα στις οδηγίες συμπλήρωσης του εντύπου)

..... Κωδ. Ειδικ.....

(Πίνακας 1)

ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ/ ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Ειδικότητα Κωδ. Ειδικ.....

(Πίνακας 2)

Α.Μ. ΤΣΑΥ..... Ιατρικός Σύλλογος

Α.Μ.Κ.Α. Τηλ. επικοινωνίας

Φορέας Εργασίας: Ιδιώτης Ε.Σ.Υ. Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Άλλος

Φορέας.....

Ιδιότητα Ιατρού: Θεράπων Άλλος

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση
Πλήρους αδυναμίας μετακίνησης στο ΚΕ.Π.Α.

Ημερομηνία 20.....

Ο - Η Δηλ.....

(Υπογραφή - Σφραγίδα)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1	
ΚΩΔΙΚΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ	
009	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ
007	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ
012	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ
017	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ
018	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ
019	ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗ
021	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ
024	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ
027	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
028	Ω.Ρ.Λ.
033	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
053	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2	
ΚΩΔΙΚΟΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΦΑΚΕΛΟΥ
	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
047	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
032	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΣ
030	ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ
036	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ
060	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ - ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ
055	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ
042	ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΟΣ
003	ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣΙΟΛΟΓΟΣ
052	ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
005	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ
031	ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
041	ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
006	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
007	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΟΣ
008	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ
034	ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
009	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ
010	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΟΣ
011	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ
012	ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ
037	ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ - ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
013	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
014	ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ
015	ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ
016	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ
050	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
040	ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΣ
058	ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ
017	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ
018	ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ
019	ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ
049	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
020	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΣ
021	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
051	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ - ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΣ
022	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ
025	ΠΑΙΔΟΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ
038	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
023	ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
043	ΠΛΑΣΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
039	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ
053	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΟΣ
035	ΠΥΡΗΝΙΚΟΣ
024	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ
044	ΦΥΣΙΑΤΡΟΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Ο Εισηγητικός Φάκελος Εκτίμησης Βαθμού Αναπηρίας συμπληρώνεται από τον ιατρό της προέχουσας πάθησης.

Η ακριβής συμπλήρωσή του εξασφαλίζει ορθή επιλογή της επιτροπής στην οποία θα παραπεμφθεί προς εξέταση ο ασθενής και περιορίζει τυχόν αναπομπές σε άλλες επιτροπές.

Παραθέτουμε αναλυτικές (ανά σελίδα) οδηγίες για τη συμπλήρωση του εντύπου.

ΣΕΛΙΔΑ 1^η

- Συμπληρώνονται με κεφαλαία τα στοιχεία του ασθενούς.
- Συμπληρώνεται η ειδικότητα εξέτασης της Υγειονομικής Επιτροπής σύμφωνα με τον πίνακα 1.

Επισημαίνεται ότι ο πίνακας 1 αντιπροσωπεύει τον τύπο των υγειονομικών επιτροπών, σύμφωνα με την κωδικοποίηση του πληροφοριακού συστήματος του ΙΚΑ και όλες οι παθήσεις πρέπει να ενταχθούν σε έναν μόνο από τους συγκεκριμένους κωδικούς (π.χ. για έλκος στομάχου χειρουργημένου, θα αναγραφεί η ειδικότητα ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ κωδ. 027, για έλκος στομάχου που αντιμετωπίζεται συντηρητικά θα αναγραφεί η ειδικότητα ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ κωδ.021. Ακολουθούν και άλλα παραδείγματα)

- Συμπληρώνονται τα στοιχεία του συντάκτη ιατρού του Εισηγητικού Φακέλου. Ο κωδικός της ειδικότητας του συντάκτη ιατρού αναφέρεται στον Πίνακα 2.
- Συμπληρώνεται με Χ εάν είναι αδύνατη η μετακίνηση του ασθενούς και κατά συνέπεια θα πρέπει να εξεταστεί κατ' οίκον.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Ο συντάκτης ιατρός του Εισηγητικού φακέλου θα πρέπει να παραπέμπει σε κατ' οίκον εξέταση μόνο εάν συντρέχει πλήρης αδυναμία μετακίνησης.

- Συμπληρώνεται η ημερομηνία σύνταξης του εντύπου.
- Μονογράφεται και σφραγίζεται από το συντάκτη ιατρό.

ΣΕΛΙΔΑ 2^η

- Συμπληρώνεται το ονοματεπώνυμο και το ΑΜΚΑ του αιτούντος ασθενούς.
- Συμπληρώνεται το ιστορικό, η εικόνα/παρούσα κατάσταση, η φαρμακευτική αγωγή, η ημερομηνία εκδήλωσης της νόσου και τυχόν νοσηλείας του ασθενούς για την προέχουσα πάθηση.
- Συμπληρώνεται ο εργαστηριακός έλεγχος που τεκμηριώνει την προέχουσα πάθηση.
- Συμπληρώνεται η ειδικότητα και ο κωδικός εξέτασης των Υγειονομικών Επιτροπών που θα πρέπει να εξετάσουν τις συνυπάρχουσες παθήσεις (σύμφωνα με τον πίνακα 1) βάσει του ιστορικού του ασθενούς.
- Βεβαιώνεται το γνήσιο της υπογραφής (οι ιατροί του ΕΣΥ ή ΦΚΑ θεωρούν στην αντίστοιχη γραμματεία της Υπηρεσίας τους, οι ιδιώτες από ΚΕΠ, Αστυνομία, Ιατρικό Σύλλογο ή άλλη Δημόσια Αρχή).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Είναι σκόπιμο να ενημερώνετε τον ασθενή σας ότι κατά την εξέτασή του από την υγειονομική επιτροπή οφείλει να προσκομίσει ΟΛΑ τα ιατρικά στοιχεία που πιστοποιούν τις παθήσεις του π.χ. ιατρικές βεβαιώσεις, πιστοποιητικά νοσηλείας, εργαστηριακές εξετάσεις (συμπεριλαμβανομένων και των φιλμς σε περίπτωση ακτινογραφιών-αξονικών ή μαγνητικών τομογραφιών) ή ό,τι άλλο κρίντε εσείς σκόπιμο.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ

- Αγγειοχειρουργικά περιστατικά θα ορισθούν να εξετασθούν από χειρουργική επιτροπή.
- Η αορτοστεφανιαία παράκαμψη θα οριστεί να εξεταστεί από καρδιολογική επιτροπή.
- Νευροχειρουργικά περιστατικά με επιπλοκές πάρεση, ημιπληγία κλπ, θα ορισθούν να εξεταστούν από νευρολογική επιτροπή.
- Ενδοκρινολογικές παθήσεις, σε γενικές γραμμές, θα ορισθούν να εξεταστούν από παθολογική επιτροπή.
- Συστηματικές ρευματολογικές παθήσεις θα ορισθούν να εξεταστούν από ρευματολογική επιτροπή, αν όμως έχουν προκαλέσει μείζονες επιπλοκές σε συγκεκριμένο σύστημα π.χ. σοβαρά ορθοπεδικά προβλήματα θα ορισθούν να εξετασθούν από ορθοπεδική επιτροπή ως πρώτη επιλογή.
- Παθήσεις της σπονδυλικής στήλης σε γενικές γραμμές θα ορισθούν να εξετασθούν από ορθοπεδική επιτροπή.
- Καρκίνοι του νεφρο-ουροποιητικού θα ορισθούν να εξεταστούν από ουρολογική επιτροπή.
- Καρκίνος εντέρου, μη χειρουργημένος θα οριστεί να εξετασθεί από παθολογική επιτροπή ενώ μετά από επέμβαση θα οριστεί να εξεταστεί από χειρουργική επιτροπή.
- Χειρουργημένος καρκίνος στήθους ή μήτρας θα οριστεί να εξεταστεί από χειρουργική επιτροπή ενώ καρκίνος ή λέμφωμα ή λευχαιμία με μεταστάσεις-ανεγχείρητος, θα οριστεί να εξεταστεί από παθολογική επιτροπή.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΙΤΗΣΗΣ Κε.Π.Α.

- Έντυπο της Αίτησης συμπληρωμένο με τα στοιχεία του εξεταζόμενου
- Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή Πιστοποιητικό Γέννησης για ανηλίκους
- Φωτοτυπία βιβλιαρίου ασθένειας του φορέα ασφάλισης (ισχύει μόνο για ασφαλισμένους) ή κάρτα Ευρωπαίου ασφαλισμένου.
- Βεβαίωση Αριθμού ΑΜΚΑ.
- Αποδεικτικό Διεύθυνσης Κατοικίας (ΔΕΗ ή ΟΤΕ ή ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟ ΕΦΟΡΙΑΣ)
- **ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (εάν υπάρχει)**

- Παραπεμπτικό του φορέα ασφάλισης όταν πρόκειται για αίτημα συνταξιοδότησης ή παράτασης σύνταξης ή οποιοδήποτε επίδομα το οποίο χορηγείται από το φορέα.

ή
Παράβολο εισπραξης αξίας 46,14 ευρώ από τις Οικονομικές Υπηρεσίες του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (στην περίπτωση που δεν υπάρχει παραπεμπτικό από φορέα).

ή
Βιβλιάριο Πρόνοιας σε ισχύ. Άποροι οι οποίοι αιτούνται παροχές από την Πρόνοια δεν προσκομίζουν παράβολο εισπραξης.

- Εξυσιοδότηση ή κληροσύσιο (σε περίπτωση κατάθεσης της αίτησης από εκπρόσωπο) ή απόφαση διορισμού συμπαραστάτη ή οποιοδήποτε νόμιμο έγγραφο.

• **ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

1. Εισηγητικός φάκελος (πρόσφατος εντός 4μήνου) του θεράποντος - παραπέμποντος ιατρού, ο οποίος θα είναι θεωρημένος για το γνήσιο της υπογραφής του. Στον ανωτέρω φάκελο θα εμπεριέχονται όλες οι παθήσεις για τις οποίες πρέπει να εξετασθεί ο αιτών από την Υγειονομική Επιτροπή.
2. Ιατρικές Γνωματεύσεις (πρόσφατες εντός 4μήνου) για όλες τις παθήσεις που αναφέρονται στον Εισηγητικό Φάκελο, από Ιατρό αντίστοιχης ειδικότητας με θεώρηση γνησίου υπογραφής.

Ο Εισηγητικός Φάκελος και οι Ιατρικές Γνωματεύσεις χορηγούνται από:

- A) Ιατρό Δημοσίου Φορέα ή Νοσοκομειακό Ιατρό
- B) Ιδιώτη Ιατρό με θεώρηση από τον Ιατρικό Σύλλογο

3. Ιατρικές εξετάσεις.

Οι παθήσεις θα πρέπει να συνοδεύονται και να τεκμηριώνονται από Ιατρικές εξετάσεις, ακτινογραφίες με τα πορίσματά τους, αξονικές τομογραφίες, MRI, βιοψίες, ΗΜΓ, triplex, ΗΚΓ, κλπ. Αντίγραφα ιατρικών εξετάσεων ή παλαιότερης χρονολογίας ιατρικές εξετάσεις των οποίων τα στοιχεία κρίνεται πως θα συμβάλουν στην ορθή κρίση της επιτροπής (π.χ. βιοψίες) γίνονται επίσης δεκτά.

Επίσης, νέα ιατρικά στοιχεία που μπορεί να προκύψουν από την ημερομηνία της αίτησης έως την ημέρα της εξέτασης μπορούν να προσκομιστούν κατά την ημέρα εξέτασης.