



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

--	--	--	--

## Α Ι Τ Η Σ Η – Υ Π Ε Υ Θ Υ Ν Η Δ Η Λ Ω Σ Η (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

### Περιγραφή αιτήματος : Απόδοση δαπάνης αγοράς:

- A) αυτόματου μηχανήματος περιτοναϊκής κάθαρσης (CYCLER)».**  
**B-Γ) για αναλώσιμα και μη υλικά σε νεφροπαθείς για συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση**

<b>ΠΡΟΣ:</b>		<b>ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>	<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο - Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:	
Ημερομηνία γέννησης <sup>(1)</sup> :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	
		TK:	
Τηλ:		Fax:	
		E - mail:	
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:			
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:		Ισχύς Βιβλιαρίου :	
Α.Μ.Κ.Α. :			
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :			

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ****(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περιθαλψης, κληρονόμοι κλπ)**

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :
	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)
Επωνυμία Εταιρείας :	
Α.Φ.Μ.:	

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών

**ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ<sup>(4)</sup> (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :** Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας	Έτος	Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ  
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

<b>ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:</b>	<b>ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ</b>	<b>ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ<sup>(3)</sup></b>	<b>ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ</b>
<b>Α) Απόδοση Δαπάνης αγοράς μηχανήματος CYCLER</b>			
1) Γνωμάτευση γιατρού Δ/ντου Νεφρολογικής Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτει ότι από την αξιολόγηση των κριτηρίων (ιατρικών – κοινωνικών και οικονομικών) επιβάλλεται η χρησιμοποίηση του σχετικού μηχανήματος.	<input type="checkbox"/>		
2) Εξοφλημένο τιμολόγιο αγοράς, θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α., και μία ακόμη προσφορά σχετικά με το κόστος αγοράς του σχετικού μηχανήματος	<input type="checkbox"/>		
3) Υπεύθυνη Δήλωση συγγενικού προσώπου στην οποία θα δηλώνετε ότι σε περίπτωση διακοπής της θεραπείας λόγω θανάτου του ασθενούς ή άλλης αιτίας, το μηχάνημα θα επιστραφεί στη Νεφρολογική Μονάδα που παρακολουθεί τον ασθενή.	<input type="checkbox"/>		
4) Βεβαίωση που θα πάρετε από τον ανταποκριτή Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. η διάρκεια ισχύος του καθώς και ο αριθμός Μητρώου.	<input type="checkbox"/>		
<b>Β) Απόδοση Δαπανών για μη αναλώσιμα υλικά: (ατομική ζυγαριά, ηλεκτρική θερμοφόρα, στατό, κλπ)</b>			
1) Γνωμάτευση του Θεραπευτηρίου, από την οποία να προκύπτει ότι ο ασθενής υποβάλλεται σε θεραπεία με τη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης στο σπίτι και ποια υλικά έχει ανάγκη, θεωρημένη από τον αρμόδιο ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του ίδιου Θεραπευτηρίου.	<input type="checkbox"/>		
2) Πρωτότυπο τιμολόγιο αγοράς των μη αναλώσιμων υλικών, θεωρημένο από τον ίδιο Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α.	<input type="checkbox"/>		
3) Βιβλιάριο υγείας ή βεβαίωση του ανταποκριτή Ο.Γ.Α., από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. και η διάρκεια ισχύος του.	<input type="checkbox"/>		
<b>Γ) Απόδοση Δαπανών για αναλώσιμα υλικά: (γάζες, βαμβάκι, οινόπνευμα, γάντια, κλπ) και τυχόν δαπάνη μεταφοράς του διαλύματος.</b>			
1) Γνωμάτευση του Θεραπευτηρίου, από την οποία να προκύπτει η ημερομηνία που ο ασθενής άρχισε να υποβάλλεται στη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης στο σπίτι και ότι συνεχίζει ακόμα να υποβάλλεται, θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του Θεραπευτηρίου (υποβάλλεται με την έναρξη στη μέθοδο).	<input type="checkbox"/>		
2) Αίτηση – Δήλωση του ασθενή κάθε μήνα, με την οποία θα δηλώνει ότι συνεχίζει να υποβάλλεται σε θεραπεία με την μέθοδο της Σ.Φ.Π.Κ. στο σπίτι.	<input type="checkbox"/>		
<b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:</b>			

**Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:**

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

**ΧΡΟΝΟΣ :** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:**

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(2)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

---

---

---

---

---

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

--	--	--	--

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

<b>Αίτημα:</b>	<b>Απόδοση δαπάνης αγοράς:</b> <b>A) αυτόματου μηχανήματος περιτοναϊκής κάθαρσης (CYCLER)».</b> <b>B-Γ) για αναλώσιμα και μη υλικά σε νεφροπαθείς για συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση</b>		
<b>Υπηρεσία Υποβολής</b>			
<b>Αριθμ. Πρωτοκόλλου:</b>		<b>Ημ/νια αιτήματος:</b>	
<b>Αρμόδιος Υπάλληλος:</b>	<b>Όνομα:</b>	<b>Επώνυμο:</b>	
<b>Αιτών:</b>	<b>Όνομα:</b>	<b>Επώνυμο:</b>	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ  
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ <sup>(3)</sup>	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
<b>A) Απόδοση Δαπάνης αγοράς μηχανήματος CYCLER</b>			
1) Γνωμάτευση γιατρού Δ/ντου Νεφρολογικής Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτει ότι από την αξιολόγηση των κριτηρίων (ιατρικών – κοινωνικών και οικονομικών) επιβάλλεται η χρησιμοποίηση του σχετικού μηχανήματος.	<input type="checkbox"/>		
2) Εξοφλημένο τιμολόγιο αγοράς, θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α., και μία ακόμη προσφορά σχετικά με το κόστος αγοράς του σχετικού μηχανήματος	<input type="checkbox"/>		
3) Υπεύθυνη Δήλωση συγγενικού προσώπου στην οποία θα δηλώνετε ότι σε περίπτωση διακοπής της θεραπείας λόγω θανάτου του ασθενούς ή άλλης αιτίας, το μηχάνημα θα επιστραφεί στη Νεφρολογική Μονάδα που παρακολουθεί τον ασθενή.	<input type="checkbox"/>		
4) Βεβαίωση που θα πάρετε από τον ανταποκριτή Ο.Γ.Α. από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. η διάρκεια ισχύος του καθώς και ο αριθμός Μητρώου.	<input type="checkbox"/>		
<b>B) Απόδοση Δαπανών για μη αναλώσιμα υλικά: (ατομική ζυγαριά, ηλεκτρική θερμοφόρα, στατό, κλπ)</b>			
1) Γνωμάτευση του Θεραπευτηρίου, από την οποία να προκύπτει ότι ο ασθενής υποβάλλεται σε θεραπεία με τη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης στο σπίτι και ποια υλικά έχει ανάγκη, θεωρημένη από τον αρμόδιο ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του ίδιου Θεραπευτηρίου.	<input type="checkbox"/>		
2) Πρωτότυπο τιμολόγιο αγοράς των μη αναλώσιμων υλικών, θεωρημένο από τον ίδιο Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α.	<input type="checkbox"/>		
3) Βιβλιάριο υγείας ή βεβαίωση του ανταποκριτή Ο.Γ.Α., από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. και η διάρκεια ισχύος του.	<input type="checkbox"/>		
<b>Γ) Απόδοση Δαπανών για αναλώσιμα υλικά: (γάzes, βαμβάκι, οινόπνευμα, γάντια, κλπ) και τυχόν δαπάνη μεταφοράς του διαλύματος.</b>			
1) Γνωμάτευση του Θεραπευτηρίου, από την οποία να προκύπτει η ημερομηνία που ο ασθενής άρχισε να υποβάλλεται στη μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης στο σπίτι και ότι συνεχίζει ακόμα να υποβάλλεται, θεωρημένη από τον Ελεγκτή γιατρό Ο.Γ.Α. του Θεραπευτηρίου (υποβάλλεται με την έναρξη στη μέθοδο).	<input type="checkbox"/>		
2) Αίτηση – Δήλωση του ασθενή κάθε μήνα, με την οποία θα δηλώνει ότι συνεχίζει να υποβάλλεται σε θεραπεία με την μέθοδο της Σ.Φ.Π.Κ. στο σπίτι.	<input type="checkbox"/>		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

--	--	--	--

**ΧΡΟΝΟΣ:** Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

**ΚΟΣΤΟΣ:**

**ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:**

**Ο Υπάλληλος**

(υπογραφή)