

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ιατρός ειδικότητας με ΑΜΚΑ και με Αριθμό Μητρώου, για την ιατρική εξέταση υποψηφίου οδηγού ή οδηγού (*) για χορήγηση ή ανανέωση (*) άδειας οδήγησης:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου επί της οδού, αριθμός, περιοχή, τον/την (*), του (Όνομα πατρός), διεύθυνση κατοικίας, ΑΜΚΑ:, κατά παραγγελία του/της ιατρού ειδικότητας (**)

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Το διαθέσιμο ιατρικό ιστορικό του εξεταζόμενου
2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις
3. Το από ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείουότι.....
4. Το ερωτηματολόγιο για έλεγχο του Αποφρακτικού τύπου Συνδρόμου Απνοιών Υποπνοιών
5. Την άδεια οδήγησης με αριθμό (***)
6.

Και τον/την κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ
σε ιατρό ειδικότητας
.....
ή σε Κέντρο Αξιολόγησης

(*)

για να του/της χορηγηθεί - ανανεωθεί (*) η άδεια οδήγησης της

ΟΜΑΔΑΣ 1

ΟΜΑΔΑΣ 2

(*)

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι για.....

Παρατηρήσεις και Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης:

.....

...../...../20.....

Ο/Η Ιατρός
(Υπογραφή - Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ότι δεν ισχύει/απαιτείται

(**) Συμπληρώνονται τα στοιχεία του ιατρού που έκανε την παραπομπή για ιατρική εξέταση

(***) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ιατρός ειδικότητας **Οφθαλμιάτρου**, με ΑΜΚΑ και με Αριθμό Μητρώου, για την ιατρική εξέταση υποψηφίου οδηγού ή οδηγού (*) για χορήγηση ή ανανέωση (*) άδειας οδήγησης:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου επί της οδού, αριθμός, περιοχή, τον/την (*) του (Όνομα πατρός), διεύθυνση κατοικίας, ΑΜΚΑ:

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Το διαθέσιμο ιατρικό ιστορικό του εξεταζόμενου
2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις
3. Το από ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου ότι
4. Την άδεια οδήγησης με αριθμό (**)
5.

Και τον/την κρίνω

 ΙΚΑΝΟ-Η

 ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

(*)

για να του/της χορηγηθεί - ανανεωθεί (*) η άδεια οδήγησης της

 ΟΜΑΔΑΣ 1

 ΟΜΑΔΑΣ 2

(*)

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι για.....

Παρατηρήσεις - Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης:

.....

.....

.../.../20...
Ο/Η Ιατρός
(Υπογραφή - Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ότι δεν ισχύει

(**) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης

.....

 ΚΕΝΤΡΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ
 Διεύθυνση:
 Τηλ.:
 Αρ. Πρωτ/ου:
 Παραπεμπτικό:

ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Την/...../....., ο/η (ΕΠΩΝΥΜΟ) (ΟΝΟΜΑ)....., (ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ)....., Δ/νση Κατοικίας Τηλ:, ΑΜΚΑ: ΑΔΤ/Εκδ.Αρχή: Αρ. Αδ. Οδηγ: (**), προσήλθε στο Κέντρο Αξιολόγησης για εξέταση, ύστερα από αίτησή του/της για χορήγηση/ανανέωση (*) άδειας οδήγησης της :

ΟΜΑΔΑΣ 1

(*)

ΟΜΑΔΑΣ 2

Μετά από λεπτομερή καταγραφή και αξιολόγηση των κινητικών προβλημάτων του/της σε σχέση με τις ελάχιστες απαιτούμενες δεξιότητες για ασφαλή οδήγηση οχήματος κρίνεται:

ΙΚΑΝΟΣ-Η

(*)

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

α) για να αποκτήσει (*) **β)** για να ανανεώσει (*)

Καταγραφή των απαιτούμενων διασκευών-Παρατηρήσεις:

.....

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι:

α) για (*) **β)** προσωρινή παύση ισχύος για (*) **γ)** οριστική παύση ισχύος (*)

Ο/Η Αξιολογητής του Κέντρου

Ο/Η Υπεύθυνος του Κέντρου

(Υπογραφή - Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ότι δεν ισχύει

(**) Συμπληρώνεται εφόσον υφίσταται άδεια οδήγησης