

Ημερομηνία : 08/02/2021



022021029343110



## ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΕΚΠΥ

Α.Μ.Κ.Α. Εξεταζόμενου : 08087101492

Α/Α Γνωμάτευσης (σε μήνες) : 1

Ονομ/μο Εξεταζόμενου : ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ

Διεύθυνση : ΒΑΦΙΟΧΩΡΙΟΥ 5 9

Τ.Κ. : 11476 Πόλη : ΠΟΛΥΓΩΝΟ

Τηλέφωνο : 6973034362

e-mail :

Ημερ.Γέννησης : 08/08/1971

Α.Μ.Κ.Α. Ιατρού : 24066604810

Ο(Η) υπογεγραμμένος Ιατρός με Α.Φ.Μ.: 052314281

ΣΜΠΟΝΙΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

78271

ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ

Υγειονομική Δομή : Ιδιωτικό Ιατρείο

ΚΗΦΙΣΙΑΣ 106 ΑΘΗΝΑ 2106984141

Εξέτασα τον ανωτέρω ασθενή την : 08/02/2021

Κατηγορία Παροχής : Οπτικά

Διάρκεια Ισχύος Από : 08/02/2021

Διάρκεια Ισχύος Έως : 07/03/2021

Περιγραφή Υλικού	Μηνιαία Ποσότητα (τμχ)/ Κατανάλωση (lt)	Κωδικός Διάγνωσης	Περιγραφή Διάγνωσης
00529 ΓΥΑΛΙΑ ΟΡΑΣΕΩΣ ΜΑΚΡΙΑ	1	H52.1	Μυωπία
Σχόλια: μυωπία αστιγματισμός Συμμετοχή: 0 %			
Διάγνωση Μηδενικής Συμμετοχής / Χρόνια Πάθηση: Συνολική Ποσότητα Είδους: 1			
Διάγνωση προς Α.Υ.Σ/Δ.Σ:			
Διάρκεια Θεραπείας (σε μήνες): 1			

Η παρούσα γνωμάτευση εκτελείται μοναδικά εντός χρονικού διαστήματος από 08/02/2021 έως 07/03/2021

Συνδεθείτε στον προσωπικό σας Φάκελο Ασφάλισης Υγείας. Ενημερωθείτε καθημερινά για τις παροχές που λαμβάνετε και επικοινωνήστε εγκαίρως μέσω μηνυμάτων με τον Οργανισμό. Αποκτήστε πρόσβαση από το κεντρικό site του ΕΟΠΥΥ/Φάκελος Ασφάλισης Υγείας. Υποβάλετε Ατομικό Αίτημα Παροχής ηλεκτρονικά και παρακολουθήστε την πορεία αποζημίωσης σας, μέσω του Φακέλου Ασφάλισης Υγείας.

## Μετρήσεις

	Δεξιός Οφθαλμός			Αριστερός Οφθαλμός			Απόσταση
	SPH	CYL	AXE	SPH	CYL	AXE	DP
ΜΑΚΡΥΑ	-2,25	-0,75	115	-2,00	-0,50	75	65
ΚΟΝΤΑ							

ΘΕΟΔΩΡΟΣ Σ. ΣΜΠΟΝΙΑΣ  
Α.Μ.Κ.Α. 24066604810  
Τ.Κ. 78271  
ΕΟΠΥΥ

Υπογραφή Ιατρού :

ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΕΓΚΡΙΣΗ  
ΕΛΕΓΚΤΗ ΙΑΤΡΟΥ