

## **ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

---

Ο υπογεγραμμένος Ιατρός .....  
βεβαιώνω ότι εξέτασα τον/την .....  
και ότι αυτός βρίσκεται σε καλή και λειτουργική κατάσταση δυνάμενος/-η να  
αυτοεξυπηρετείται.

Επίσης ότι δεν φέρει δυσεπούλωτα τραύματα από οποιαδήποτε αιτία, δεν πάσχει  
από νεοπλασματική νόσο, μολυσματική ασθένεια, ηπατίτιδα, ενεργό φυματίωση,  
άνοια και οξύ νόσημα.

Λαμβανομένη αγωγή:

α) .....

β) .....

γ) .....

δ) .....

ε) .....

..... Ημερ/νία .../.../20.....

Ο ΙΑΤΡΟΣ