

**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ**

**Αρ. Ανακοίνωσης: 042026REHAB07969**

**Προς: Προσωπικοί Ιατροί, Ειδικοί Ιατροί και Νοσηλεύτρια**

**ΘΕΜΑ: ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ / ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας ενημερώνει τους παροχείς σχετικά με το αναθεωρημένο έντυπο για την υποβολή αιτήματος για την παροχή υπηρεσιών ιατρικής (ιδρυματικής) αποκατάστασης (Παράρτημα).

Το νέο έντυπο τίθεται σε εφαρμογή, από **20 Απριλίου 2026**.

Παρακαλείστε όπως το έντυπο συμπληρώνεται δακτυλογραφημένο και στην ελληνική γλώσσα από τον θεράποντα ιατρό του ασθενούς.

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Ημερομηνία: 15 Απριλίου 2026**



**ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Αφορά σε: αποκατάσταση μετά από επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, βαλβιδοπλαστικής ή αντικατάστασης βαλβίδων, ανεύρυσμα αορτής και επεμβάσεις αποκατάστασης συγγενών καρδιοπαθειών σε ασθενείς:

- >70 ετών
- <70 ετών με την ύπαρξη συννοσηροτήτων

Κατά προτεραιότητα: ενδοκαρδίτιδα, πνευμονοπάθεια, σοβαρού βαθμού νεφρική νόσου και καρδιακή ανεπάρκεια.

**ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Αφορά σε: αποκατάσταση ασθενών με:

- Πνευμονία που σχετίζεται με Αναπνευστήρα (VAP) μετά από παραμονή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), και
- Χρόνιο Αναπνευστικό Νόσημα στους οποίους έχει προηγηθεί διασωλήνωση ή μακροχρόνια παραμονή στο νοσηλευτήριο ως αποτέλεσμα της νόσου

Κατά προτεραιότητα: καταστάσεις όπως η ανάγκη χορήγησης οξυγόνου, υποσιτισμός ή νοσογόνος παχυσαρκία θα θεωρούνται επιβαρυντικοί παράγοντες της νόσου.

**ΜΕΡΟΣ Β: ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ / ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ**

Στις περιπτώσεις όπου το έντυπο υποβάλλεται από ιατρό πέραν του θεράποντα ιατρού, θα πρέπει να εσωκλείεται ιατρική έκθεση του θεράποντα ιατρού, με τεκμηρίωση της ιατρικής κατάστασης του δικαιούχου και την ανάγκη λήψης των υπηρεσιών ιδρυματικής αποκατάστασης.

**1. ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

Ημερομηνία συμβάντος: .....

Ημερομηνία εισαγωγής στο Νοσοκομείο: .....

Διάρκεια νοσηλείας: .....

Παραμονή σε ΜΕΘ:  ΝΑΙ Διάρκεια: .....

ΟΧΙ

Χειρουργική επέμβαση (εάν εφαρμόζεται): .....

**2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ**

Κύρια διάγνωση και πλήρης περιγραφή της κλινικής κατάστασης του δικαιούχου: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Λόγοι ανάγκης λήψης υπηρεσιών αποκατάστασης: .....

.....  
.....  
.....

Συννοσηρότητες: .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Προηγούμενες ασθένειες:** .....

.....  
.....

**Πλήρης φαρμακευτική αγωγή:** .....

.....  
.....

**Αναπνευστική κατάσταση:** .....

- Χωρίς υποστήριξη
- Οξυγονοθεραπεία (Ροή: \_\_\_ L/min)
- CPAP / BiPAP
- Τραχειοστομία

### **ΜΕΡΟΣ Γ : ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ**

Όνοματεπώνυμο θεράποντα ιατρού: .....

Ειδικότητα: .....

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού: ..... Τηλ. Επικοινωνίας: .....

Ηλ. Διεύθυνση: .....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω προβεί σε φυσική εξέταση του ασθενούς.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και αντιλαμβάνομαι ότι η παροχή ψευδών και/ή ανακριβών στοιχείων συνιστούν ποινικό αδίκημα.