

ΚΕΠ ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΟΥ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ / ΕΞΕΤΑΣΗΣ

..../...../2020

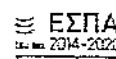
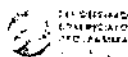
Επώνυμο		Όνομα	
Όνομα Πατρός		Ημ/νια Γέν. *	
Φύλο*		Διεύθυνση	
Τηλ. Κιν.*		Πόλη	
Email		ΑΜΚΑ	

*Υποχρεωτικά πεδία για την εγγραφή

ΝΟΣΗΜΑ	ΕΞΕΤΑΣΗ ΒΑΣΕΙ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ - εμβολιασμός	ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ
1. ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ	ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ			
2. ΜΕΛΑΝΩΜΑ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΥΠΟΠΤΩΝ ΣΠΙΛΩΝ ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΣΠΙΛΩΝ			
3. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ	ΟΛΙΚΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ, LDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ, HDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ & ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ HELLENIC SCORE (πραγματοποιείται στο ΚΕΠ Υγείας)			
4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ	ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ			
5. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	PAP ΤΕΣΤ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ HPV			
6. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ			
7. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ	ΕΞΕΤΑΣΗ PSA			
8. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ W.K. ZUNG (πραγματοποιείται στο ΚΕΠ Υγείας)			
9. ΑΝΟΙΑ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ(πραγματοποιείται στο 1° ΚΑΠΗ)			
10. ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ	ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ (πραγματοποιείται στο ΚΕΠ Υγείας)			
11. ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ)	ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ			

Με την παρούσα συμφωνώ όπως τα παραπάνω προσωπικά μου δεδομένα τηρούνται στο αρχείο του ΚΕΠ Υγείας του Δήμου Αγίας Βαρβάρας και όπως ενημερώνομαι μέσω ηλεκτρονικής επιστολής και sms από το ως άνω ΚΕΠ Υγείας, είτε από πιστοποιημένους συνεργάτες του για θέματα που αφορούν την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας μου.

Ο/Η Δήλων/-ούσα



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Δ/ση: Σερίφου 2, 12351, Αγία Βαρβάρα, Τηλ: 210 5690436, Email: kepygeias@agiavarvara.gr