

## Αριθμός 133

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΣΥΝΑΦΗ ΘΕΜΑΤΑ ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2013

- Διάταγμα δυνάμει των άρθρων 8(4), 9(1), 17(1), 26(3), 28(2) και 30(2)
- 149(I) του 2013. Ο Υπουργός Υγείας, ασκώντας τις εξουσίες που χορηγούνται σε αυτόν από τα άρθρα 8(4), 9(1), 17(1), 26(3), 28(2) και 30(2) του περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης Νόμου του 2013, εκδίδει το ακόλουθο Διάταγμα:
- Συνοπτικός τίτλος. 1. Το παρόν Διάταγμα θα αναφέρεται ως το περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης Διάταγμα του 2014.
- Ερμηνεία. 2.-(1) Στο παρόν Διάταγμα-
- «Νόμος» σημαίνει τον περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης Νόμο του 2013.
- (2) Οποιοδήποτε άλλοι όροι που περιέχονται στο παρόν Διάταγμα και δεν ερμηνεύονται διαφορετικά, έχουν την έννοια που αποδίδεται στους όρους αυτούς από το Νόμο.
- Έντυπο αίτησης για παροχή πληροφόρησης. Παράρτημα I. 3. Το έντυπο αίτησης για παροχή πληροφόρησης, που αναφέρεται στο εδάφιο (4) του άρθρου 8 του Νόμου, υποβάλλεται στο ΕΣΕ κατά τον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα I.
- Έντυπο υποβολής παραπόνου. Παράρτημα II. 4. Το έντυπο υποβολής παραπόνου, που αναφέρεται στο εδάφιο (1) του άρθρου 9 του Νόμου, υποβάλλεται στο ΕΣΕ κατά τον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα II.
- Έντυπο αίτησης για προηγούμενη έγκριση. Παράρτημα III. 5. Το έντυπο αίτησης για προηγούμενη έγκριση, που αναφέρεται στο εδάφιο (1) του άρθρου 17 του Νόμου, υποβάλλεται στο ΕΣΕ κατά τον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα III.
- Περιορισμός στην επιστροφή εξόδων για υγειονομική περίθαλψη. Επίσημη Εφημερίδα, Παράρτημα Τρίτο(I): 5.12.1980, 24.4.1987, 7.2.1992, 28.7.2000, 22.12.2000, 31.12.2002, 30.4.2004, 29.7.2005, 28.12.2007, 30.4.2013. 6. Η επιστροφή εξόδων για υγειονομική περίθαλψη που έχει ληφθεί σε άλλο κράτος μέλος περιορίζεται, δυνάμει του εδαφίου (3) του άρθρου 26 του Νόμου, ως ακολούθως:
- (α) η επιστροφή εξόδων χωρίς προέγκριση ισχύει μόνο για τη χρήση του δικαιώματος ιατρικής επίσκεψης σε ειδικό ιατρό σε άλλο κράτος μέλος μια φορά το έτος. Το ποσό αποζημίωσης για την ιατρική επίσκεψη σε ειδικό ιατρό ορίζεται στους περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικού Κανονισμού.
- (β) η υγειονομική περίθαλψη των προσώπων που εμπíπτουν στην παράγραφο (β) του άρθρου 27 αφορά -
- (i) pet-ct
- (ii) gamma knife
- (iii) επεμβάσεις για θεραπεία κρανιοσυσσώσεως και
- (iv) καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις ως ακολούθως:
- (A) μη κανονικό Fallot,
- (B) κανονικό Fallot (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας κάτω των 3 μηνών),
- (Γ) απλή και σύνθετη αντιμετάθεση των μεγάλων αγγείων,
- (Δ) πολλαπλή μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV),
- (E) μοναδική μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV) (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας κάτω των 3 μηνών),
- (ΣΤ) κολποκοιλιακό κανάλι (CAV) με ή χωρίς μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV),
- (Ζ) πνευμονική αρτησία με ή χωρίς μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV),
- (Η) διακοπή αορτικού τόξου με μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV),
- (Θ) αντικατάσταση με πλαστική της αορτικής ή μητροειδούς βαλβίδας (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 5 ετών),
- (I) αντικατάσταση με πλαστική της μητροειδούς βαλβίδας (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 5 ετών),

- (IA) αντικατάσταση με αορτική πλαστική (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 5 ετών),
- (IB) κοινός αρτηριακός κορμός,
- (IG) υπό αορτικό εμπόδιο (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 3 μηνών),
- (ID) μονοκοιλιακή καρδιά (η μεταφορά της οποίας πρέπει να αποτρέπεται),
- (IE) χειρουργική επανάληψη μιας καρδιοπάθειας που έχει ήδη χειρουργηθεί,
- (IST) επείγουσα διόρθωση σε παιδιά που φέρουν μια σχετιζόμενη παθολογία που επιβαρύνει τη διάγνωση,
- (IZ) διόρθωση που απαιτεί επιπρόσθετα την εφαρμογή ή την αντικατάσταση πέραν της μιας καρδιακής βαλβίδας ή ενός βηματοδότη,
- (IH) μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIA),
- (IO) κανονικό Fallot (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 3 μηνών),
- (K) μοναδική μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV) (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 3 μηνών),
- (KA) δεξιά κοιλιά με διπλό θάλαμο,
- (KB) υπερβαλβική αορτική στένωση,
- (KG) στένωση της πνευμονικής βαλβίδας,
- (KD) υπο-αορτικό εμπόδιο (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 3 μηνών),
- (KE) εμφύτευση ενός race maker,
- (KST) επεμβατικό καθετηριασμό,
- (KZ) διευκρίνιση χωρίς χειρουργικό τίμημα, και
- (KH) εκτομή μιας επικοινωνίας δέσμης.

Επιστροφή  
εξόδων  
υγειονομικής  
περίθαλψης.

7. Για τους σκοπούς του εδαφίου (2) του άρθρου 28 του Νόμου, η επιστροφή εξόδων υγειονομικής περίθαλψης που αναφέρονται στην παράγραφο (β) του άρθρου 27 ορίζεται ως ακολούθως:

- (α) pet-ct €1467 ανά ασθενή·
- (β) gamma knife €7345 ανά ασθενή·
- (γ) επεμβάσεις για θεραπεία κρανιοσυστοστέωσης €17 500 ανά ασθενή· και
- (δ) καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις ως ακολούθως:
  - (i) €13 000 ανά ασθενή για τη θεραπευτική αγωγή των ακόλουθων πολύπλοκων παθολογιών ενηλίκων και παιδιών-
    - (A) μη κανονικό Fallot,
    - (B) κανονικό Fallot (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας κάτω των 3 μηνών),
    - (Γ) απλή και σύνθετη αντιμετάθεση των μεγάλων αγγείων,
    - (Δ) πολλαπλή μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV),
    - (E) μοναδική μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV) (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας κάτω των 3 μηνών),
    - (ΣΤ) κολποκοιλιακό κανάλι (CAV) με ή χωρίς μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV),
    - (Z) πνευμονική ατρησία με ή χωρίς μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV),
    - (H) διακοπή αορτικού τόξου με μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV),
    - (Θ) αντικατάσταση με πλαστική της αορτικής ή μητροειδούς βαλβίδας (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 5 ετών),
    - (I) αντικατάσταση με πλαστική της μητροειδούς βαλβίδας (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 5 ετών),
    - (IA) αντικατάσταση με αορτική πλαστική (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 5 ετών),
    - (IB) κοινός αρτηριακός κορμός,
    - (IG) υπό-αορτικό εμπόδιο (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 3 μηνών),
    - (ID) μονοκοιλιακή καρδιά (η μεταφορά της οποίας πρέπει να αποτρέπεται),
    - (IE) χειρουργική επανάληψη μιας καρδιοπάθειας που έχει ήδη χειρουργηθεί,
    - (IST) επείγουσα διόρθωση σε παιδιά που φέρουν μια σχετιζόμενη παθολογία που επιβαρύνει τη διάγνωση, και
    - (IZ) διόρθωση που απαιτεί επιπρόσθετα την εφαρμογή ή την αντικατάσταση πέραν της μιας καρδιακής βαλβίδας ή ενός βηματοδότη.

- (ii) €9 800 ανά ασθενή για-
  - (Α) μεσοκολπική επικοινωνία (CIIA),
  - (Β) κανονικό Fallot (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 3 μηνών),
  - (Γ) μοναδική μεσοκοιλιακή επικοινωνία (CIV) (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 3 μηνών).
  - (Δ) δεξιά κοιλιά με διπλό θάλαμο,
  - (Ε) υπερβαλβική αορτική στένωση,
  - (ΣΤ) στένωση της πνευμονικής βαλβίδας, και
  - (Ζ) υπο-αορτικό εμπόδιο (αναφορικά με πρόσωπο ηλικίας άνω των 3 μηνών).
- (iii) €3 260 ανά ασθενή για εμφύτευση ενός pace maker.
- (iv) €2 450 ανά ασθενή για-
  - (Α) επεμβατικό καθετηριασμό,
  - (Β) διευκρίνιση χωρίς χειρουργικό τίμημα, και
  - (Γ) εκτομή μιας επικουρικής δέσμης.

Έντυπο αίτησης  
για την  
επιστροφή  
εξόδων.  
Παράρτημα IV.

8. Το έντυπο αίτησης για την επιστροφή εξόδων, το οποίο αναφέρεται στο εδάφιο (2) του άρθρου 30 του Νόμου, υποβάλλεται στο ΕΣΕ κατά τον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα IV.

Έγινε στις 21 Φεβρουαρίου 2014.

Δρ ΠΕΤΡΟΣ ΠΕΤΡΙΔΗΣ,  
Υπουργός Υγείας.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ

ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

## ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΝΟΜΟΣ (Ν.149(Ι)/2013)

ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ  
(ΑΡΘΡΟ 8 (4))

**ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ**

Όνομα:..... Επώνυμο.....

Ημερομηνία Γέννησης:...../...../..... Αριθμός Ταυτότητας:.....

Διεύθυνση κατοικίας:....., Αρ.: ....., Πόλη/χωριό:.....

Ταχ. Κώδικας:....., Επαρχία:....., Χώρα: .....

Αρ. Τηλεφώνου: ....., Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:.....

Αρ. Τηλεομοιοτύπου:.....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΕΙΔΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΠΟΥ ΖΗΤΕΙΤΑΙ***(να γίνει σύντομη περιγραφή των πληροφοριών που ζητούνται)*

.....

.....

.....

.....

.....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΖΗΤΕΙΤΑΙ Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ**

.....

.....

**ΜΕΡΟΣ ΙV: ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ***(παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα πιο κάτω)*
 ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ  ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ  ΤΗΛΕΟΜΟΙΟΤΥΠΟ

Υπογραφή..... Ημερομηνία .....

Σημείωση.:



ΚΥΠΡΙΑΚΗ

ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**

**Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΝΟΜΟΣ (Ν.149(Ι)/2013)**

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ  
(ΑΡΘΡΟ 9(1))**

**ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ**

Όνομα:..... Επώνυμο.....

Ημερομηνία Γέννησης:...../...../..... Αριθμός Ταυτότητας:.....

Διεύθυνση κατοικίας:....., Αρ.: ....., Πόλη/χωριό:.....

Ταχ. Κώδικας:....., Επαρχία:....., Χώρα: .....

Αρ. Τηλεφώνου: ....., Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:.....

Αρ. Τηλεομοιότυπου:.....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ***(να γίνει σύντομη περιγραφή των γεγονότων του συγκεκριμένου περιστατικού)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Υπογραφή..... Ημερομηνία.....

Σημείωση.:

Το έντυπο πρέπει να επιστραφεί **πλήρως συμπληρωμένο** στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης: [ncrcrossborderhealthcare@moh.gov.cy](mailto:ncrcrossborderhealthcare@moh.gov.cy) ή μέσω τηλεομοιότυπου στο +357 22 605 499 / 492 και μέσω κανονικού ταχυδρομείου ή δια χειρός στο Υπουργείο Υγείας, στη διεύθυνση Γωνία Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, 1448 Λευκωσία, Κύπρος.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ

ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

## ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΓΚΡΙΣΗ  
(ΑΡΘΡΟ 17(1))**ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ Ή ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΟΥ ΕΝΕΡΓΕΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΝΟΜΙΜΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΕΡΓΕΙ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Όνομα:..... Επώνυμο.....

Ημερομηνία Γέννησης:...../...../..... Αριθμός Ταυτότητας:.....

Διεύθυνση κατοικίας:....., Αρ.: ....., Πόλη/χωριό:.....

Ταχ. Κώδικας:....., Επαρχία:....., Χώρα: .....

Αρ. Τηλεφώνου:....., Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:.....

Αρ. Τηλεομοιότυπου:.....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΕΙΔΟΣ ΑΙΤΟΥΜΕΝΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ***(να γίνει σύντομη περιγραφή του συγκεκριμένου περιστατικού και του είδους της υγειονομικής υπηρεσίας για την οποία ζητείται προέγκριση)*

.....

.....

.....

.....

.....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω ότι έλαβα γνώση των προνοιών του νόμου, ότι τα στοιχεία τα οποία δήλωσα πιο πάνω, καθώς και τα πιστοποιητικά / έγγραφα που συνοποβάλλονται, είναι αληθή και ανελλιπή και ότι συγκατατίθεμαι όπως τα στοιχεία αυτά προωθηθούν σε άλλη Κυβερνητική Υπηρεσία για επιβεβαίωση του συγκεκριμένου αιτήματός μου και κοινοποιηθούν στις αρμόδιες αρχές άλλου κράτους μέλους εάν αυτό καταστεί αναγκαίο. Εξουσιοδοτώ ακόμη το Υπουργείο Υγείας ώστε να μπορεί να εξασφαλίσει τα απαραίτητα στοιχεία που αφορούν στην επιβεβαίωση του συγκεκριμένου αιτήματός μου.

Αντιλαμβάνομαι ότι το Υπουργείο Υγείας δεν είναι υπεύθυνο για την υγειονομική περίθαλψη που έλαβα σε άλλο Κράτος Μέλος στη βάση της Οδηγίας για την Εφαρμογή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης.

Επιβεβαιώνω ακόμη ότι ο ασθενής είναι μόνιμος κάτοικος στην Κύπρο και Δικαιούχος Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Δηλώνω ότι είμαι ο ασθενής / πρόσωπο που ενεργεί με τη συγκατάθεση του ασθενούς / πρόσωπο νόμιμα εξουσιοδοτημένο να ενεργεί εκ μέρους του ασθενούς *(να διαγραφεί ότι δεν ισχύει)*

Όνοματεπώνυμο Αιτητή:.....

Υπογραφή ..... Ημερομηνία:.....

**ΜΕΡΟΣ IV: ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Αντίγραφο ταυτότητας νοσηλείας ή σχετικής βεβαίωσης από τον αρμόδιο τομέα του Υπουργείου Υγείας
2. Αντίγραφο ιατρικής έκθεσης που να περιλαμβάνει:
  - I. τη διάγνωση / πάθηση
  - II. το ιστορικό
  - III. την παρούσα κατάσταση της υγείας του
  - IV. τους λόγους που κατά τη γνώμη του ιατρού επιβάλλουν τη λήψη διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης από παροχέα υγείας σε άλλο ΚΜ

*Το παρόν έντυπο επιστρέφεται **πλήρως συμπληρωμένο** στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης: [ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy](mailto:ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy) ή μέσω τηλεομοιότυπου στο +357 22 605 499 / 492 και μέσω κανονικού ταχυδρομείου ή δια χειρός στο Υπουργείο Υγείας, στη διεύθυνση Γωνία Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, 1448 Λευκωσία, Κύπρος.*

**Για υπηρεσιακή χρήση μόνο:**

- Διασυνοριακή Περίθαλψη
- Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες Υγείας που δεν προσφέρονται στο Δημόσιο Τομέα
- Κανονισμός για Συντονισμό Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης



ΚΥΠΡΙΑΚΗ

ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV**

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΕΞΟΔΩΝ**  
**(ΑΡΘΡΟ 30(2))**

**ΜΕΡΟΣ I: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ Ή ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΟΥ ΕΝΕΡΓΕΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΝΟΜΙΜΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΕΡΓΕΙ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Όνομα:..... Επώνυμο.....

Ημερομηνία Γέννησης:...../...../..... Αριθμός Ταυτότητας:.....

Διεύθυνση κατοικίας:....., Αρ.: ....., Πόλη/χωριό:.....

Ταχ. Κώδικας:....., Επαρχία:....., Χώρα: .....

Αρ. Τηλεφώνου:....., Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:.....

Αρ. Τηλεμοιότυπου:.....

**ΜΕΡΟΣ II: ΕΙΔΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΟΥ ΛΗΦΘΗΚΕ**

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

**ΜΕΡΟΣ III: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω ότι έλαβα γνώση των προνοιών του νόμου, ότι τα στοιχεία τα οποία δήλωσα πιο πάνω, καθώς και τα πιστοποιητικά / έγγραφα που συνυποβάλλονται, είναι αληθή και ανελλιπή και ότι συγκατατίθεμαι όπως τα στοιχεία αυτά προωθηθούν σε άλλη Κυβερνητική Υπηρεσία για επιβεβαίωση του συγκεκριμένου αιτήματός μου και κοινοποιηθούν στις αρμόδιες αρχές άλλου κράτους μέλους εάν αυτό καταστεί αναγκαίο. Εξουσιοδοτώ ακόμη το Υπουργείο Υγείας ώστε να μπορεί να εξασφαλίσει τα απαραίτητα στοιχεία που αφορούν στην επιβεβαίωση του συγκεκριμένου αιτήματός μου.

Αντιλαμβάνομαι ότι το Υπουργείο Υγείας δεν είναι υπεύθυνο για την υγειονομική περίθαλψη που έλαβα σε άλλο Κράτος Μέλος στη βάση της Οδηγίας για την Εφαρμογή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης.

Επιβεβαιώνω ακόμη ότι ο ασθενής είναι μόνιμος κάτοικος στην Κύπρο και Δικαιούχος Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Δηλώνω ότι είμαι ο ασθενής / πρόσωπο που ενεργεί με τη συγκατάθεση του ασθενούς / πρόσωπο νόμιμα εξουσιοδοτημένο να ενεργεί εκ μέρους του ασθενούς (να διαγραφεί ότι δεν ισχύει)

Όνοματεπώνυμο Αιτητή :.....



**ΜΕΡΟΣ IV: ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Αντίγραφο προέγκρισης από την Αρμόδια Αρχή (σε περίπτωση που ισχύει)
2. Το αυθεντικό τιμολόγιο ή/και την αυθεντική απόδειξη πληρωμής ή/και πιστοποιημένο αντίγραφο της ιατρικής συνταγής και απόδειξη πληρωμής φαρμακείου (αναλόγως σχετικού Διατάγματος που αφορά σε επιστροφή εξόδων ή όχι για τα φάρμακα και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό).
3. Αντίγραφο ιατρικής έκθεσης από το ιατρικό κέντρο ή τον αρμόδιο παροχέα υγείας σε περίπτωση προέγκρισης.
4. Συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο το έντυπο εξουσιοδότησης για πληρωμές από το FIMAS, μαζί με έντυπη βεβαίωση Τραπεζικού Ιδρύματος που να αναφέρει τον Διεθνή Αριθμό Τραπεζικού Λογαριασμού (IBAN)
5. Αντίγραφο Ταυτότητας Νοσηλείας ή σχετικής βεβαίωσης από τον αρμόδιο τομέα του Υπουργείου Υγείας

*Το παρόν έντυπο επιστρέφεται **πλήρως συμπληρωμένο** στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης: [ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy](mailto:ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy) ή μέσω τηλεομοιότυπου στο +357 22 605 499 / 492 και μέσω κανονικού ταχυδρομείου ή δια χειρός στο Υπουργείο Υγείας, στη διεύθυνση Γωνία Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, 1448 Λευκωσία, Κύπρος.*

**Για υπηρεσιακή χρήση μόνο:**

- Διασυνοριακή Περίθαλψη
- Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες Υγείας που δεν προσφέρονται στο Δημόσιο Τομέα
-