**ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

επιμελητής Β’ / επιμελητής Α’ / Διευθυντής Ογκολογίας του νοσοκομείου \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

πιστοποιώ

ότι ο / η ασθενής \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

πάσχει από \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

και γνωματεύω πως βρίσκεται στο **τελικό στάδιο της νεοπλασματικής νόσου, έχοντας τεθεί εκτός ογκολογικών χειρισμών.**

Το παρόν χορηγείται για συνέχιση υποστηρικτικής νοσηλείας του ασθενούς στο Π.Ν.Α. Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη».

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_

Ο θεράπων ιατρός
(σφραγίδα / υπογραφή)