



**Hellenic Republic  
National Organisation for Healthcare  
Services Provision**



**Hellenic National Contact Point**

**Cross Border Healthcare Prescription**  
**Συνταγή Διασυνοριακής Υγειονομικής**  
**Περιθαλψης**

**Information to be typed electronically in latin characters and NOT handwritten**  
**Να συμπληρωθεί ηλεκτρονικά και όχι χειρόγραφα**

**Identification of the prescribing doctor / Ταυτοποίηση του συνταγογράφου γιατρού**

Surname(s) / Επώνυμο:	
First name(s) written out in full i.e. no initial(s) / Όνομα (ολογράφως, όχι αρχικά):	
Professional qualification / Επαγγελματικός τίτλος:	
Work address (incl. country code) / Επαγγελματική Δ/νση (με κωδικό χώρας):	
Email address / Ηλεκτρονική διεύθυνση:	
Tel no (incl. international prefix) / Αρ. τηλεφώνου (με διεθνές πρόθεμα):	
Fax no (incl. international prefix) / Αρ. τηλεμοιοτυπίας (με διεθνές πρόθεμα):	

**Identification of the patient / Στοιχεία ταυτότητας του ασθενούς**

Surname(s) / Επώνυμο:	
First name(s) written out in full i.e. no initial(s) / Όνομα (ολογράφως, όχι αρχικά):	
Date of birth / Ημερομηνία γέννησης:	
ΑΜΚΑ: *	
* ΑΜΚΑ is the greek social security number consisting of 11 digits, the first six being the date and year of birth and is provided by the patient	

<b>DIAGNOSIS</b> (according to ICD10 or other acknowledged international disease coding system) / Διάγνωση (ICD10)	
--	--

Medicinal product (INN) or medical device / Φαρμακευτικό σκεύασμα (INN) ή ιατροτεχνολογικό προϊόν:			
Pharmaceutical formulation (tablet, solution etc) / Φαρμακοτεχνική μορφή (δισκίο, διάλυμα κτλ):			
Quantity / Ποσότητα:			
Strength as defined in Article 1 of Directive 2001/83/EC / Περιεκτικότητα:			
Dosage regimen / Δοσολογικό σχήμα:			

**Issue date / Ημερομηνία έκδοσης:**

**Dispensing date / Ημερ/νία εκτέλεσης:**

**Signature and seal of prescribing doctor / Ημερομηνία και σφραγίδα γιατρού**

**Signature and seal of pharmacist / Υπογραφή και σφραγίδα φαρμακοποιού**