

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ / ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ημερομηνία Νοσοκομείο Κλινική

Βεβαιώνεται ότι ο/η ασθενής του ετών

Πάσχει από **Κοιλιοκάκη (εντεροπάθεια από δυσανεξία στη γλουτένη)**. Η μόνη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου είναι η **αυστηρή και δια βίου τήρηση μίας δίαιτας ελεύθερης γλουτένης**. Βάσει των σχετικών **υπουργικών αποφάσεων**, ο/η ανωτέρω ασθενής **δικαιούται** την χορήγηση των κατάλληλων **ειδικών και εγκεκριμένων διατροφικών σκευασμάτων ελεύθερων γλουτένης**.

Αποζημιούμενες Κατηγορίες Ειδικής Διατροφής Χωρίς Γλουτένη

1. Αλεύρι
2. Ζυμαρικά
3. Προϊόντα Αρτοποιίας
4. Σνακ
5. Σάλτσες – Ζωμοί – Σούπες
6. Επεξεργασμένα Κρέατα - Αλλαντικά

Ο βεβαιών ιατρός Δ/ντής Κλινικής

Γνήσιο Υπογραφή

Εκπρ/πος Ασφ/κού Φορέα

Δ/ντής Ασφ/κού Φορέα

(Σφραγίδα και Υπογραφή)

(Σφραγίδα και Υπογραφή)

(Σφραγίδα και Υπογραφή)

(Σφραγίδα και Υπογραφή)



“**Η Εστία της Κοιλιοκάκης**”, Σύλλογος Πασχόντων Δυτ. Ελλάδος
Στεφ. Μπαλντογιάννη 12, 45500 Πεδινή-Ιωαννίνων, Τ.Θ. 480
ΑΦΜ 997095032, ΔΟΥ Ιωαννίνων
website: <https://celiacshome.gr>
e-mail: celiacshome@yahoo.com

Η παρούσα βεβαίωση, βάσει της σχετικής υπουργικής απόφασης, ισχύει για 1 έτος και πρέπει να ανανεώνεται.