

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΞΑΝΘΗΣ

2^η Τ.ΟΜ.Υ ΞΑΝΘΗΣ

Η 2^η Τ.ΟΜ.Υ Ξάνθης λειτουργεί στην οδό Αϊδινίου 73, στο κτίριο που στεγάζεται το Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

Είναι στελεχωμένη με **Παιδίατρο, Γενικό Ιατρό, Κοινωνικό Λειτουργό**, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, άρτια εξοπλισμένη και θα λειτουργεί από τις **07:00 έως τις 15:00**.

Οι πολίτες μπορούν να επικοινωνούν με τη γραμματεία στο τηλέφωνο **2541355312** για περαιτέρω πληροφορίες και ραντεβού με τους ιατρούς.

Έργο των Τ.ΟΜ.Υ είναι η παροχή **ΔΩΡΕΑΝ** πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον εγγεγραμμένο πληθυσμό. Ειδικότερα, οι Τ.ΟΜ.Υ λειτουργούν ως ομάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν ως σκοπό την παροχή δωρεάν ποιοτικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας χωρίς διακρίσεις.

Αναλυτικότερα, κατά την επίσκεψη σε παιδίατρο μπορούν να εκτελεστούν εμβόλια, να εκδοθούν ιατρικές γνωματεύσεις, όπως ΑΔΥΜ ή βεβαίωση μη εμφάνισης συμπτωμάτων COVID-19, και γενικά να εκτελεστεί οποιαδήποτε ιατρική πράξη που εμπίπτει στις αρμοδιότητες του παιδίατρου, για παιδιά έως 16 ετών.

Αντίστοιχα, στον γενικό ιατρό μπορούν να εκτελεστούν συνατογραφήσεις φαρμάκων, παραπεμπτικά εξετάσεων, ιατρικές βεβαιώσεις, παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων και κλινική εξέταση.

Σας επισημαίνουμε ότι λόγω των έκτακτων μέτρων COVID-19 και για όσο αυτά διαρκούν, δεν εξετάζονται περιστατικά με συμπτώματα COVID-19 στα ιατρεία. Παρ'όλα αυτά οι γιατροί μπορούν να παρέχουν τηλεφωνικές οδηγίες στον εγγεγραμμένο πληθυσμό κατά τις ώρες λειτουργίας της δομής.

Απαιτούμενα δικαιολογητικά για την εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό:

- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Ταυτοποίησης (πχ Δελτίο Ταυτότητας).
- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Απόδειξης Διεύθυνσης Κατοικίας ή σχετική υπεύθυνη δήλωση (πρωτότυπη).

Απαιτούμενα δικαιολογητικά για την εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό δια νόμιμου αντιπροσώπου:

- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Ταυτοποίησης (πχ Δελτίο Ταυτότητας) αιτούντος και λήπτη υπηρεσιών υγείας.
- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου δικαστικής απόφασης ορισμού δικαστικού συμπαραστάτη ή απονομής της επιμέλειας ή Βεβαίωση Οικογενειακής κατάστασης από την οποία να προκύπτει ο βαθμός συγγένειας.
- Φωτοτυπικό Αντίγραφο Εγγράφου Απόδειξης Διεύθυνσης Κατοικίας ή σχετική υπεύθυνη δήλωση (πρωτότυπη).

Οι πολίτες θα πρέπει να γνωρίζουν τους ΑΜΚΑ τους.



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ
ΘΡΑΚΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
Ε.Π. Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης

