



**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ Ή ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ
ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: (αναγράψτε ή επικόλληση bar code)	ΗΛΙΚΙΑ: ΦΥΛΟ: ☐ ΑΝΔΡΑΣ ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ΘΑΛΑΜΟΣ: ΚΛΙΝΗ: ☐ ΕΠΕΙΓΟΝ ☐ ΤΑΚΤΙΚΟ
----------------------------	--	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ	☐ Ο ίδιος ο ασθενής ☐ Συγγενής Βαθμός Συγγένειας	Επώνυμο Όνομα Τηλέφωνο
--	---	---

Αιτία μη συγκατάθεσης του ιδίου του ασθενή :

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες των συνιστώμενων από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικών ή θεραπευτικών πράξεων, δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς.

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:

Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Αναγκαιότητα – σκοπός (επιλέξτε πέραν της μια επιλογής, εφόσον απαιτείται):

☐ ΕΛΕΓΧΟΣ ☐ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ☐ ΕΝΑΡΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ☐ ΑΛΛΟ (περιγράψτε)

Τρόπος διενέργειας : ☐ Καθετηριασμός ☐ Λήψη βιολογικού δείγματος ☐ Ακτινογραφικός έλεγχος ☐ Αξονική Τομογραφία ☐ Μαγνητική Τομογραφία ☐ Άλλο (περιγράψτε)

Πιθανές επιπλοκές

ΛΕΥΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ: ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ

Ημερομηνία :

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή άλλου προσώπου που δίνει τη συγκατάθεση