



ΔΗΛΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ ΤΗΝ ΑΡΝΗΣΗ	☐ Ο ίδιος ο ασθενής ☐ Συγγενής Βαθμός Συγγένειας ☐ Άλλος (αναφέρετε, εξηγήστε)	Επώνυμο Όνομα Τηλέφωνο
--	---	---

Αιτία μη συγκατάθεσης του ιδίου του ασθενή :

ΔΗΛΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ

Ο υπογράφων δηλώνω ότι δε δέχθηκα να υποβληθώ ή να υποβληθεί ο ασθενής σε :

☐ Διαγνωστικές εξετάσεις ☐ Θεραπευτική αγωγή ☐ Φαρμακευτική αγωγή ☐ Χειρουργική επέμβαση ☐ Άλλη ιατρική πράξη

Που μου/του συστήθηκε, παρά την αντίθετη σύσταση των θεραπόντων Ιατρών και παρόλο που μου/του εξηγήθηκαν οι κίνδυνοι από την παραπάνω άρνησή μου/του.

Για το λόγο αυτό αποχωρώ με δική μου/μας ευθύνη του Νοσοκομείου

Υπογραφή

Ή επιθυμώ/επιθυμεί τη συνέχιση της θεραπείας μου/του ασθενή σύμφωνα με τις περαιτέρω υποδείξεις των ιατρών

Υπογραφή

Επιπλέον, απαλλάσσω/απαλλάσσουμε κάθε ευθύνης τους θεράποντες ιατρούς και τους συνεργάτες τους για τις τυχόν συνέπειες της άρνησής μου/μας να συμμορφωθώ/συμμορφωθούμε στις συστάσεις τους

Υπογραφή

Μάρτυρας ή Μάρτυρες	Υπογραφή ασθενή, συζύγου, ασθενή ή άλλου προσώπου (επιλέξτε)	Συγγένεια
---------------------	--	-----------

Ημερομηνία :