



**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ**

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 ☐ Άλλος (αναφέρετε, εξηγήστε)	Επώνυμο Όνομα Τηλέφωνο
--	---	---

Αιτία μη συγκατάθεσης του ιδίου του ασθενή :

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, με την ιδιότητα του κηδεμόνα του/της αναφερόμενου/νης ασθενή, δηλώνω ότι ενημερώθηκα για τον τρόπο λειτουργίας και τους κανόνες νοσηλείας της Ψυχιατρικής Μονάδας Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας Εφήβων του Σισμανόγλειου ΓΝΑ και αποδέχομαι την εισαγωγή του/της ασθενή.

Επίσης, 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 συμπεριλαμβανομένης της φαρμακευτικής αγωγής. δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού:

1. Να προχωρήσουν στη διαδικασία εισαγωγής του/της ασθενή.
2. Να προχωρήσουν στη διενέργεια διαγνωστικών ή θεραπευτικών πράξεων ή φαρμακευτικής αγωγής.

Τέλος, δηλώνω ότι συμφωνώ να συμμετέχει ο/η ασθενής σε εκδηλώσεις ψυχαγωγικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα, εντός και εκτός του χώρου του Νοσοκομείου,

Λευκό : Κηδεμόνας – Αντίγραφο : φάκελος ασθενή

Ημερομηνία :

Υπογραφή κηδεμόνα ή άλλου προσώπου που δίνει τη συγκατάθεση