



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

ΚΕΝΤΡΟ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ ΣΠΑΝΙΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ  
ΤΟΥ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ «Δ.ΙΚΚΟΣ»

<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:</b> <b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b> <b>ΟΝΟΜΑ:</b> <b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:</b> (αναγράψτε ή επικόλληση bar code)	<b>ΗΛΙΚΙΑ:</b> <b>ΦΥΛΟ:</b> <input type="checkbox"/> <b>ΑΝΔΡΑΣ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΓΥΝΑΙΚΑ</b> <b>ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ:</b> <b>ΘΑΛΑΜΟΣ:</b> <b>ΚΛΙΝΗ:</b> <input type="checkbox"/> <b>ΕΠΕΙΓΟΝ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΤΑΚΤΙΚΟ</b>

<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ ΤΗΝ ΑΡΝΗΣΗ</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ο ίδιος ο ασθενής</b> <input type="checkbox"/> <b>Συγγενής</b> <b>Βαθμός Συγγένειας</b> <input type="checkbox"/> <b>Άλλος (αναφέρετε, εξηγήστε)</b>	<b>Επώνυμο</b> <b>Όνομα</b> <b>Τηλέφωνο</b>

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 :