



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»

ΔΗΛΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ ΤΗΝ ΑΡΝΗΣΗ	<input type="checkbox"/> Ο ίδιος ο ασθενής <input type="checkbox"/> Συγγενής Βαθμός Συγγένειας <input type="checkbox"/> 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 :