

**ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ  
(HIV / HTLV)**

<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ</b>	<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :</b>
	<b>ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :</b>
	<b>ΑΜΚΑ :</b>

**Αιτούμαι τη διενέργεια των παρακάτω εξετάσεων με σκοπό :**

- Την παρακολούθηση της υγείας μου / ασθένειας μου
- Την έναρξη επαγγελματικής δραστηριότητας
- Άλλος Λόγος  (Δηλώστε παρακάτω)

---

---

---

<b>HIV I / II <input type="checkbox"/></b>	<b>HTLV I &amp; II <input type="checkbox"/></b>
--	---

**Δηλώνω δε ότι ενημερώθηκα από το αρμόδιο προσωπικό για το χρόνο παράδοσης αποτελεσμάτων καθώς και για το κόστος αυτών. Ενημερώθηκα επίσης ότι τα αποτελέσματα σε κάθε περίπτωση πρέπει να αξιολογηθούν από το θεράποντα ιατρό μου.**

**ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ  
ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ (HIV):**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος / νη \_\_\_\_\_  
Ενημερώθηκα για τη σκοπιμότητα του ελέγχου αντισωμάτων του ιού της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) και για το όφελος που θα προκύψει από τη γνώση του αποτελέσματος τόσο για τη δική μου υγεία όσο και για την φύλαξη της υγείας της οικογένειάς μου και του κοινωνικού συνόλου.  
Ενημερώθηκα επίσης, ότι είναι υποχρέωση του γιατρού να με πληροφορήσει για το αποτέλεσμα της εξέτασης και να με διαβεβαιώσει ότι το αποτέλεσμα θα κρατηθεί εμπιστευτικό. Με τις προϋποθέσεις αυτές, δίνω αβίαστα τη συγκατάθεσή μου να γίνει η εξέταση.

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ**