

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:		ΟΝΟΜΑ:	
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:			
ΗΛΙΚΙΑ:	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:	ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ			
Ο ΙΔΙΟΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ: <input type="checkbox"/>	ΣΥΓΓΕΝΗΣ: <input type="checkbox"/>	ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ:	
ΕΠΩΝΥΜΟ:	ΟΝΟΜΑ:	ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
Αιτία της μη δήλωσης του ιδίου του Ασθενούς:			
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ			
Ο υπογράφων, 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 της συνιστάμενης από τους Θεράποντες Ιατρούς διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης:			
Ιατρική Πράξη:			
Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στους Θεράποντες Ιατρούς:			
Όνοματεπώνυμο Ιατρού:			
Όνοματεπώνυμο Ιατρού:			
<ol style="list-style-type: none">1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά τη κρίση των θεραπόντων ιατρών.4. Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.			
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ			
Είδος ιατρικής πράξης – αναγκαιότητα, σκοπός:			
Τρόπος διενέργειας:			
Πιθανές επιπλοκές:			
Πιθανές επιπλοκές κατά την αναισθησία: (διαγράψτε ότι δεν ισχύει) (α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου. (β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος. (γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νευρών ή λοιμώξεις από την τοπική αναισθησία (δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.			
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ			
Συναινώ στη χρήση των απεικονίσεων και του σχετικού ιατρικού ιστορικού μου από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου για ερευνητικούς και διδακτικούς σκοπούς. Η χρήση των ανωτέρω στοιχείων θα γίνει μετά την ανωνυμοποίησή τους. Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>			
Ημερομηνία	Υπογραφή Ιατρού	Υπογραφή Ασθενή	Υπογραφή Συνοδού