ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΕΝΤΡΟΥ

**ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ**

Στην \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[Αθήνα (ή άλλη πόλη)] σήμερα\_\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_

ο/η υπογεγραμμένος/η όνομα\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_επώνυμο\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_όνομα

πατρός\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_εθνικότητα\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_κάτοικος\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ημ. γέννησης\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ηλικία\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(εάν δεν είναι γνωστή η ημερομηνία

γέννησης)

με βάση τα νομιμοποιητικά έγγραφα / κατά δήλωση του εξεταζόμενου/ης \*

Δηλώνω με το παρόν έγγραφο, ότι συναινώ να μου γίνει αιμοληψία με σκοπό να διαπιστωθεί αν είμαι θετικός/ή στον HIV. H συναίνεση αυτή βασίζεται στην ελεύθερή μου βούληση και αφού ενημερώθηκα πλήρως για κάθε σχετικό ζήτημα από τον επαγγελματία υγείας και απαντήθηκε κάθε σχετική ερώτησή μου. Το παρόν έγγραφο μπορεί να ανακληθεί ελεύθερα ανά πάσα στιγμή. Σε περίπτωση που το αποτέλεσμα είναι θετικό δέχομαι να συνεργαστώ για τη διενέργεια επιβεβαιωτικού ελέγχου και γνωρίζω ότι θα τηρηθεί αυστηρά το ιατρικό απόρρητο.

Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ……………………………………………………..

\*Συμπληρώνεται από τον επαγγελματία υγείας