



Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

### ΔΗΛΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Διεύθυνση:	<input type="text"/>		Τηλ.:

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΗΛΟΥΝΤΟΣ ΤΗΝ ΑΡΝΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο ίδιος ο ασθενής:	<input type="text"/>	Συγγενής:	<input type="text"/>	Βαθμός συγγένειας:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Αιτία μη δήλωσης του ιδίου του ασθενούς:					

#### ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ:

αρνήθηκα να υποβληθώ στις διαγνωστικές εξετάσεις   
ή τη θεραπευτική αγωγή

που μου συστήθηκε, παρά την αντίθετη σύσταση των θεραπόντων ιατρών και της Διοίκησης του Νοσοκομείου και παρόλο που μου εξηγήθηκαν οι κίνδυνοι από την παραπάνω άρνησή μου.

Για τον λόγο αυτόν εξέρχομαι με δική μου ευθύνη του Νοσοκομείου  (υπογραφή)  
ή επιθυμώ τη συνέχιση της θεραπείας μου σύμφωνα με τις περαιτέρω υποδείξεις των γιατρών

(υπογραφή)

Ακόμα, απαλλάσσω κάθε ευθύνης τους θεράποντες ιατρούς μου και τους συνεργάτες τους για τις τυχόν συνέπειες της άρνησής μου να συμμορφωθώ στις συστάσεις τους.

(υπογραφή)

Μάρτυρας/ες

Υπογραφή ασθενή,  
συζύγου ή άλλου συγγενή

Συγγένεια

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ΛΕΥΚΟ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΟΞ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ