



ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Στην..... σήμερα/...../20....

ο/η υπογεγραμμένος/η όνομα επώνυμο
....., όνομα πατρός
εθνικότητας....., κάτοικος

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

Δηλώνω με το παρόν έγγραφο, ότι συναινώ να μου γίνει αιμοληψία με σκοπό τον ιολογικό έλεγχο. Η συναίνεση αυτή γίνεται με την 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.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

* Συμπληρώνεται από τον επαγγελματία υγείας

α) Η Συναίνεση δίνεται σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων 679/2016 (Άρθρα 7 και 9.2.α),
β) Η τήρηση του Ιατρικού Απορρήτου γίνεται σύμφωνα με τον νόμο 3418/2005-Άρθρα 13 & 14-Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.