



ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ



ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

(Dept. of GASTRO/GY - ENDOSCOPY UNIT)

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ

(INFORMED CONSENT STATEMENT)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

Δηλώνω ότι δέχομαι να υποβληθώ στην παρακάτω αναγραφόμενη ενδοσκοπική ιατρική πράξη: ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΒΡΥΣ ΕΝΔΟΛΗΡΘΕΣΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ

, αλλά και σε κάθε διαγνωστικό ή επεμβατικό-θεραπευτικό χειρισμό, ο οποίος θα κριθεί απαραίτητος κατά τη διάρκεια της ιατρικής πράξης από τον ενδοσκόπο-γαστρεντερολόγο ιατρό (Κος ΚΑΣΑΡΗΔΗΣ ΠΑΝ.....)

Η δήλωσή μου αυτή έγινε αφού ενημερώθηκα, λεπτομερώς και με σαφήνεια, για το σκοπό αυτής της πράξης και τις τυχόν επιπλοκές αυτής:

(1 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ 2 ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ (MIGRATION)
3 ΔΙΑΤΡΗΣΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ 4 ΠΟΝΟΣ - ΠΥΡΕΤΟΣ.....)

καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης αυτών και συναίνω για την διενέργειά της.

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Νόμος 3418/2005, άρθρο 12, επιβάλλει τη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή πριν από την εκτέλεση ιατρικής πράξης (ιδιαίτερα ενδοσκοπικής επεμβατικής πράξης).

Ημερομηνία

Υπογραφή

Ωρα: 10:00 am

*Εάν η υπογραφή τεθεί από τον συγγενή του ασθενούς, να καθορίζεται ο βαθμός συγγένειας αυτού η διεύθυνση και το τηλέφωνο του.