



Μητρώο Καταγραφής Αγγειακών Παθήσεων

Έντυπο Συγκατάθεσης Ασθενούς Κατόπιν Ενημέρωσης

Εγώ,(γράψτε το ονοματεπώνυμο με κεφαλαία)
δια του παρόντος επιτρέπω στο γιατρό μου να καταγράψει τις πληροφορίες σχετικά με την
περίπτωσή μου στο Μητρώο Καταγραφής Αγγειακών Παθήσεων.

Διαβεβαιώνω ότι μου έχουν δοθεί εξηγήσεις σχετικά με το σκοπό της καταγραφής και ότι έχω
λάβει το φύλλο πληροφόρησης ασθενούς.

Συμφωνώ με την καταγραφή των ιατρικών μου δεδομένων, αν και η ταυτότητά μου θα διατηρηθεί
αυστηρά απόρρητη και κανένας πέραν του θεράποντος ιατρού μου και του προσωπικού του δεν
θα έχει πρόσβαση στις συγκεκριμένες πληροφορίες που με αφορούν.

Κατανόω ότι μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή.

Όνοματεπώνυμο ασθενούς

(με κεφαλαία γράμματα)

Υπογραφή ασθενούς:

Ημερομηνία:

Εγώ, ο επιβλέπων ιατρός, επιβεβαιώνω ότι εξήγησα διεξοδικά τη φύση και το σκοπό της
συγκεκριμένης καταγραφής.

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

(με κεφαλαία γράμματα)

Υπογραφή ιατρού:

Ημερομηνία:
