



Ημ/νία :

**ΔΗΛΩΣΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΘ  
ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ**

Επώνυμο:

Όνομα:

ΑΜΚΑ:

Ηλικία:

Διεύθυνση:

Τηλ.:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

1. Ονοματεπώνυμο:

Αρ. Ταυτότητας:

ΑΜΚΑ ή ΑΦΜ

Τηλ Επικοινωνίας:

Βαθμός Συγγένειας:

Διεύθυνση κατοικίας:

2. Ονοματεπώνυμο:

Αρ. Ταυτότητας:

ΑΜΚΑ ή ΑΦΜ

Τηλ Επικοινωνίας:

Βαθμός Συγγένειας:

Διεύθυνση κατοικίας:

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

Ο υπογράφων/υπογράφουσα, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας απόλυτα το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που μου δόθηκαν σχετικά με την ανάγκη προστασίας των προσωπικών δεδομένων του ασθενούς, δηλώνω ότι αναλαμβάνω την εκπροσώπηση και την ενημέρωση για την πορεία της νοσηλείας του παραπάνω ασθενούς ο οποίος αδυνατεί να λάβει ενημέρωση προσωπικά, καθώς και να σεβαστώ τα δικαιώματά του, σύμφωνα και με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων (GDPR)

**ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΚΑΘΣΤΟΥΝ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ** μειωμένο επίπεδο συνείδησης λόγω νόσου, ή θεραπείας Αδυναμία λεκτικής ή έγγραφης επικοινωνίας: Άλλο (περιγράψτε) :**ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ**

Ονοματεπώνυμο

Τηλέφωνο:

2651099353

Έχω εξηγήσει στον/στην ενδιαφερόμενο/η για την φύση της ανάγκης προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την υποχρέωση προσαρμογής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων στον Νέο Ευρωπαϊκό Κανονισμό για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων (GDPR) που ισχύει από 25.05.2018

**ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ**

Υπογραφή παραπέμποντα

1. Υπογραφή του ατόμου  
που αναλαμβάνει την εκπροσώπηση2. Υπογραφή του ατόμου  
που αναλαμβάνει την εκπροσώπησηGeneral  
Data  
Protection  
Regulation