

## ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

**Για πολίτες μη δυνάμενους να παράσχουν προφορική συγκατάθεση**

<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ</b>				
Επώνυμο Ασθενή:			Όνομα Ασθενή:	
ΑΜΚΑ:	ΦΥΛΟ:		Ημερομηνία γέννησης:	
	<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ			
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ/ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΤΗΣ/ ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ</b>				
Σχέση με τον ασθενή:				
<input type="checkbox"/> Δικαστικός Συμπαραστάτης <input type="checkbox"/> Οικείοι				
<i>(Βλέπε το παράρτημα 1 για αριθμούς)</i>				
Όνομα Δικαστικού Συμπαραστάτη/ Οικείου:			Αριθμός τηλεφώνου:	
<p>Έχω διαβάσει ή μου εξηγήθηκαν οι πληροφορίες σχετικά με το υπό χορήγηση εμβόλιο έναντι της COVID-19. Κατανοώ τα πλεονεκτήματα και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου και τον κίνδυνο μη εμβολιασμού. Έχω ενημερωθεί για τις αντενδείξεις εμβολιασμού με το παραπάνω εμβόλιο στο παραπάνω άτομο. Κατανοώ ότι στη σπάνια περίπτωση εμφάνισης αναφυλαξίας, θα γίνει παροχή επείγουσας θεραπείας. Έιχα την ευκαιρία να θέσω ερωτήσεις, οι οποίες απαντήθηκαν ικανοποιητικά.</p>				
<b>Συαινών στην παροχή του εμβολίου στο παραπάνω άτομο.</b>				
Υπογραφή Δικαστικού Συμπαραστάτη/ Οικείου: _____				
Ημερομηνία υπογραφής (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕ): _____				
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 3: ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ - ΕΜΒΟΛΙΟ</b>				
<input type="checkbox"/> Επιβεβαιώνω ότι ο/η παραπάνω ασθενής δεν είναι σε θέση να παράσχει συγκατάθεση μετά από ενημέρωση για το παραπάνω εμβόλιο.				
<b>Η συγκατάθεση λήφθηκε από:</b>				
<input type="checkbox"/> Δικαστικό συμπαραστάτη <input type="checkbox"/> Οικείο				
Υπογραφή Παρόχου Φροντίδας Υγείας			Ημερομηνία υπογραφής (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕ)	
<b>ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ</b>				
Η τηλεφωνική συγκατάθεση λήφθηκε από:		Αριθμός τηλεφώνου κλήσης:		Ημερομηνία:
Σχέση:		Υπογραφή παρόχου φροντίδας υγείας:		Ώρα: _____ ΠΜ / ΜΜ
<b>Ημερομηνία χορήγησης:</b>	<b>Θέση χορήγησης:</b>	<b>Οδός χορήγησης:</b>	<b>Προϊόν/ ποσότητα:</b>	<b>Υπογραφή παρόχου φροντίδας υγείας</b>
	<input type="checkbox"/> Α/Δελτοειδής <input type="checkbox"/> Δ/Δελτοειδής	<input type="checkbox"/> Ενδομυϊκή <input type="checkbox"/> Υποδόρια		

Οι προσωπικές πληροφορίες που συλλέχθηκαν στο παρόν έντυπο μπορεί να χρησιμοποιηθούν από την υγειονομική αρχή για την ανανέωση του εμβολιασμού του ατόμου. Κάθε χρήση ή αποκάλυψη της παρούσας πληροφορίας θα γίνεται σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων. Περίληψη στατιστικών πληροφοριών μπορεί να αναφερθεί από το Υπουργείο Υγείας. Αν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση για την συλλογή και χρήση των προσωπικών πληροφοριών, επικοινωνήστε με την Τοπική Υγειονομική Αρχή ή/και την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.