



**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ  
& ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ**

Στην Αθήνα (ή άλλη πόλη) σήμερα ...../...../20....

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

με βάση νομιμοποιητικά έγγραφα / κατά δήλωση του εξεταζομένου/ης \*

Δηλώνω με το παρόν έγγραφο, ότι συναινώ να μου γίνει αιμοληψία με σκοπό να διαπιστωθεί αν είμαι θετικός/ή στον ιό HIV/ AIDS. 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