



ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΠΡΙΑΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΤΡΙΤΟ

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Αριθμός 4884	Παρασκευή, 24 Ιουλίου 2015	1633
--------------	----------------------------	------

Αριθμός 245

Οι περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Κανονισμοί του 2015, οι οποίοι εκδόθηκαν από το Υπουργικό Συμβούλιο δυνάμει του άρθρου 39 των περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμων του 1997 έως 2007, αφού κατατέθηκαν στη Βουλή των Αντιπροσώπων και εγκρίθηκαν από αυτή, δημοσιεύονται στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας σύμφωνα με το εδάφιο (3) του άρθρου 3 του περί της Καταθέσεως στη Βουλή των Αντιπροσώπων των Κανονισμών που Εκδίδονται με Εξουσιοδότηση Νόμου, Νόμου (Ν. 99 του 1989 όπως τροποποιήθηκε με τους Νόμους 227 του 1990 μέχρι 3(Ι) του 2010).

ΟΙ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΟΜΟΙ ΤΟΥ 1997 ΕΩΣ 2007

Κανονισμοί δυνάμει του άρθρου 39

77(Ι) του 1997
49(Ι) του 2003
26(Ι) του 2007.

Το Υπουργικό Συμβούλιο, ασκώντας τις εξουσίες που του παρέχει το άρθρο 39 των περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμων του 1997 έως 2007, εκδίδει τους ακόλουθους Κανονισμούς:

Συνοπτικός
τίτλος.

1. Οι παρόντες Κανονισμοί θα αναφέρονται ως οι περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Κανονισμοί του 2015.

Ερμηνεία.

77(Ι) του 1997
49(Ι) του 2003
26(Ι) του 2007.

2.-(1) Στους παρόντες Κανονισμούς, εκτός αν προκύπτει διαφορετικά από το κείμενο, «Νόμος» σημαίνει τους περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμους του 1997 έως 2007.

(2) Όροι που δεν ερμηνεύονται διαφορετικά στους παρόντες Κανονισμούς έχουν την έννοια που αποδίδεται σ' αυτούς από το Νόμο.

Έντυπο γνωμάτευσης
για προαιρετική
νοσηλεία, χωρίς τη
συγκατάθεσή του
ασθενούς.
Παράρτημα ΙΙ,
Έντυπο Β.

4. Η γνωμάτευση που απαιτείται σύμφωνα με την παράγραφο (α) του εδαφίου (2) του άρθρου 8 του Νόμου, για την παροχή προαιρετικής νοσηλείας σε ασθενή, χωρίς τη συγκατάθεσή του, σε σύνθητες ψυχιατρικό κέντρο υποβάλλεται διά του Εντύπου Β, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα ΙΙ.

- Έντυπο αίτησης για παράταση της προαιρετικής νοσηλείας ασθενούς. Παράρτημα III, Έντυπο Γ.
5. Αίτηση για παράταση της παρεχόμενης σε ασθενή προαιρετικής νοσηλείας σε σύνηθες ή ασφαλές ψυχιατρικό κέντρο, η οποία προβλέπεται στο εδάφιο (3) του άρθρου 8 του Νόμου, υποβάλλεται διά του Εντύπου Γ, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα III.
- Έντυπο αίτησης για τερματισμό της παρεχόμενης προαιρετικής νοσηλείας. Παράρτημα IV, Έντυπο Δ.
6. Αίτηση για τερματισμό της παρεχόμενης σε ασθενή προαιρετικής νοσηλείας, η οποία προβλέπεται στην παράγραφο (β) του άρθρου 14 του Νόμου, υποβάλλεται διά του εντύπου Δ, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα IV.
- Έντυπο αίτησης προσωπικού αντιπροσώπου του ασθενούς για τερματισμό της παρεχόμενης προαιρετικής νοσηλείας. Παράρτημα V, Έντυπο Ε.
7. Αίτηση προσωπικού αντιπροσώπου του ασθενούς για τερματισμό της προαιρετικής νοσηλείας του, η οποία προβλέπεται στην παράγραφο (β) του άρθρου 14 του Νόμου, υποβάλλεται διά του Εντύπου Ε, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα V.
- Έντυπο χορήγησης άδειας εξόδου. Παράρτημα VI, Έντυπο ΣΤ.
8. Η άδεια εξόδου η οποία προβλέπεται στα εδάφια (1) και (2) του άρθρου 16 του Νόμου, εκδίδεται διά του εντύπου ΣΤ, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα VI.
- Έντυπο ανάκλησης άδειας εξόδου. Παράρτημα VII, Έντυπο Ζ.
9. Η προβλεπόμενη στα εδάφια (1) και (2) του άρθρου 16 του Νόμου άδεια εξόδου, ανακαλείται σύμφωνα με τις διατάξεις του εδαφίου (3) του άρθρου αυτού, διά του Εντύπου Ζ, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα VII.
- Έντυπο συγκατάθεσης του ασθενούς για παρεμβατική θεραπεία. Παράρτημα VIII, Έντυπο Η.
10. Η συγκατάθεση του ασθενούς για την εφαρμογή σε αυτόν παρεμβατικής θεραπείας, η οποία προβλέπεται στο εδάφιο (2) του άρθρου 26 του Νόμου, δίδεται διά του Εντύπου Η, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα VIII.
- Έντυπο συγκατάθεσης του προσωπικού αντιπροσώπου του ασθενούς για την εφαρμογή παρεμβατικής θεραπείας. Παράρτημα ΙΧ, Έντυπο Θ.
11. Η συγκατάθεση του προσωπικού αντιπροσώπου του ασθενούς για την εφαρμογή παρεμβατικής θεραπείας στον ασθενή, η οποία προβλέπεται στο εδάφιο (2) του άρθρου 26 του Νόμου, δίδεται διά του Εντύπου Θ, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα ΙΧ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

(Κανονισμός 3)

ΕΝΤΥΠΟ Α

ΟΙ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2015
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ
ΣΥΝΗΘΕΣ Η΄ ΑΣΦΑΛΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

[Άρθρο 8(1)(α) του Νόμου]

Υπεύθυνο Ψυχίατρο Ψυχιατρικού

Κέντρου _____

Εγώ ο/ή¹ κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____ κάτοχος
δελτίου ταυτότητας υπ' αριθμόν _____ κάτοικος² _____,
κάτοχος αριθμού σταθερού τηλεφώνου _____, κάτοχος αριθμού κινητού
τηλεφώνου _____ αιτούμαι όπως μου παρασχεθεί νοσηλεία στο
σύνηθες/ασφαλές³ Ψυχιατρικό Κέντρο _____ το οποίο βρίσκεται στη
διεύθυνση _____.

Δηλώνω ότι θα συνεργασθώ και θα διευκολύνω στο μέτρο των δυνατοτήτων
μου το προσωπικό του ως άνω αναφερθέντος Ψυχιατρικού Κέντρου για την εφαρμογή
του θεραπευτικού μου προγράμματος, όπως αυτό μου εξηγήθηκε και το οποίο
περιλαμβάνει _____⁴ και θα
εφαρμόζω τους Κανονισμούς του Ψυχιατρικού Κέντρου.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

Ο/Η αιτητής/ρια

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗΕγκρίνεται/Δεν εγκρίνεται⁵

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

(Ιδέ συνημμένη ψυχιατρική γνωμάτευση) Υπεύθυνος Ψυχίατρος Ψυχιατρικού Κέντρου

1 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

2 Να δηλωθεί πλήρης διεύθυνση.

3 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

4 Να αναφερθεί τι περιλαμβάνει το θεραπευτικό πρόγραμμα του ασθενούς.

5 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

(Κανονισμός 4)

ΕΝΤΥΠΟ Β

ΟΙ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2015
ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΗΘΕΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
[Άρθρο 8(2)(α) του Νόμου]

Υπεύθυνο Ψυχίατρο Ψυχιατρικού Κέντρου _____

Εμείς οι κάτωθι υπογεγραμμένοι:

(α) Δρ. _____ εγγεγραμμένος/η ψυχίατρος, κάτοχος
δελτίου ταυτότητας υπ' αριθμόν _____, κάτοικος _____,
κάτοχος αριθμού τηλεφώνου _____, ασκών/ουσα το λειτούργημά μου στο¹
_____ στη _____ διεύθυνση
_____.

και

(β) Δρ. _____ εγγεγραμμένος/η ψυχίατρος ή ιατρός,
κάτοχος δελτίου ταυτότητας υπ' αριθμόν _____,
κάτοικος _____, κάτοχος αριθμού
τηλεφώνου _____, ασκών/ούσα το λειτούργημά μου στο
_____ στη διεύθυνση _____.

βεβαιώνουμε τα ακόλουθα:

Στις _____ εξετάσαμε προσωπικά τον ασθενή²
_____ κάτοχο δελτίου ταυτότητας με αριθμό
_____ από _____.

Ο/Η πιο πάνω ασθενής δεν συγκατατέθηκε και δεν υπέγραψε την
οριζόμενη στο εδάφιο (1) του άρθρου 8 του περί Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμου αίτηση
για νοσηλεία.

Από την εξέτασή του/της διαπιστώσαμε ότι, είναι αναγκαία η παροχή σε αυτόν/ήν
προαιρετικής νοσηλείας, αρχομένης από σήμερα _____ και ώρα
_____, δυνάμει των διατάξεων του εδαφίου (2) του άρθρου 8 του περί
Ψυχιατρικής Νοσηλείας Νόμου, στο Ψυχιατρικό Κέντρο _____, το οποίο
βρίσκεται στη διεύθυνση _____.

Παρατηρήσεις (Διάγνωση, Λόγοι εισδοχής): _____

Υπογραφή ψυχιάτρου

Υπογραφή ψυχιάτρου ή ιατρού

Κοινοποίηση: Πρόεδρο και Μέλη Επιτροπής Εποπτείας
και Προστασίας Δικαιωμάτων Ψυχικά Ασθενών.

¹ Να δηλωθεί κατά πόσο ο ιατρός ασκεί το λειτούργημά στο ιατρείο του ή σε Ψυχιατρικό Κέντρο.

² Να δηλωθεί το όνομα του ασθενούς.

ΠΑΡΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

(Κανονισμός 5)

ΕΝΤΥΠΟ Γ

ΟΙ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2015

ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

[Άρθρο 8(3) του Νόμου]

Υπεύθυνο Ψυχίατρο Ψυχιατρικού Κέντρου _____

Εγώ ο/ή¹ κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____ κάτοχος δελτίου ταυτότητας υπ' αριθμόν _____, κάτοικος² _____, κάτοχος αριθμού σταθερού τηλεφώνου _____, κάτοχος αριθμού κινητού τηλεφώνου _____, λαμβάνων/ουσα προαιρετική νοσηλεία στο Ψυχιατρικό Κέντρο _____, αιτούμαι όπως η νοσηλεία μου συνεχιστεί μέχρι και την _____.³

Δηλώνω, ότι η γνωμάτευση του ψυχίατρου, μου εξηγήθηκε και την αποδέχομαι.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____
Ο/Η αιτητής/ρια

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗΕγκρίνεται/Δεν εγκρίνεται⁴

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

(Ιδέ συνημμένα ψυχιατρική γνωμάτευση)

Υπεύθυνος Ψυχίατρος Ψυχιατρικού Κέντρου

Κοινοποίηση: Πρόεδρο και Μέλη Επιτροπής Εποπτείας
και Προστασίας Δικαιωμάτων Ψυχικά Ασθενών.

1 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

2 Να δηλωθεί πλήρης διεύθυνση.

3 Να δηλωθεί ημερομηνία.

4 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

(Κανονισμός 6)

ΕΝΤΥΠΟ Δ

ΟΙ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2015
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΕ ΑΥΤΟΝ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΗΘΕΣ Η' ΑΣΦΑΛΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

[Άρθρο 14(β) του Νόμου]

Υπεύθυνο Ψυχίατρο Ψυχιατρικού Κέντρου _____

Εγώ ο/ή¹ κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____ κάτοχος δελτίου
ταυτότητας υπ' αριθμόν _____, κάτοικος² _____
_____, κάτοχος αριθμού σταθερού τηλεφώνου _____, κάτοχος αριθμού
κινητού τηλεφώνου _____, νοσηλευθείς /είσα από τις _____³
στο σύννηθες/ασφαλές⁴ Ψυχιατρικό Κέντρο _____ το οποίο βρίσκεται στη
διεύθυνση _____,
αιτούμαι όπως τερματιστεί η προαιρετική νοσηλεία μου στο προαναφερθέν Ψυχιατρικό
Κέντρο.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____
Ο/Η αιτητής/ριαΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ

Εγκρίνεται/Δεν εγκρίνεται⁵
Παρατηρήσεις: (Διάγνωση, λόγοι έγκρισης ή μη έγκρισης) _____

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____
Υπεύθυνος Ψυχίατρος Ψυχιατρικού Κέντρου

1 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

2 Να δηλωθεί πλήρης διεύθυνση.

3 Να δηλωθεί ημερομηνία έναρξης της νοσηλείας.

4 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

5 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

(Κανονισμός 7)

ΕΝΤΥΠΟ Ε

ΟΙ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2015
ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙΣΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΓΙΑ ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
[Άρθρο 14(β) του Νόμου]

Υπεύθυνο Ψυχίατρο Ψυχιατρικού Κέντρου _____

Εγώ ο/ή¹ κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____ κάτοχος
δελτίου ταυτότητας υπ' αριθμόν _____, κάτοικος² _____
_____, κάτοχος αριθμού σταθερού τηλεφώνου _____, κάτοχος αριθμού
κινητού τηλεφώνου _____, προσωπικός αντιπρόσωπος του ασθενούς
_____, κατόχου δελτίου
ταυτότητας με αριθμό _____, ο οποίος από τις _____³
νοσηλεύεται στο Ψυχιατρικό Κέντρο _____ το οποίο βρίσκεται στη διεύθυνση
_____, αιτούμαι όπως τερματισθεί
η νοσηλεία του ασθενούς στο προαναφερθέν Ψυχιατρικό Κέντρο.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____
Ο/Η αιτητής/ριαΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗΕγκρίνεται/Δεν εγκρίνεται⁴

Παρατηρήσεις: (Διάγνωση, λόγοι έγκρισης ή μη έγκρισης) _____

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

Υπεύθυνος Ψυχίατρος Ψυχιατρικού Κέντρου

1 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

2 Να δηλωθεί πλήρης διεύθυνση.

3 Να δηλωθεί ημερομηνία.

4 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

(Κανονισμός 8)

ΕΝΤΥΠΟ ΣΤ

ΟΙ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2015
ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΞΟΔΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΤΥΓΧΑΝΕΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

[Άρθρο 16(1)(2) του Νόμου]

Υπεύθυνο Ψυχίατρο Ψυχιατρικού Κέντρου _____

Εγώ ο/η¹ Δρ. _____ εγγεγραμμένος/η

Ψυχίατρος, κάτοχος δελτίου ταυτότητας υπ' αριθμόν _____, κάτοικος

_____, κάτοχος αριθμού

τηλεφώνου _____, ασκών/ούσα το λειτούργημά μου στο Ψυχιατρικό

Κέντρο _____ στη διεύθυνση _____,

κρίνω ότι ο/η _____,

ασθενής στο πιο πάνω Ψυχιατρικό Κέντρο δυνατό να εξέρχεται του Κέντρου άνευ

όρων / με τους πιο κάτω όρους:

Χρονική Διάρκεια : Από : _____ έως και _____

Λοιποί όροι: _____

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

Ψυχίατρος Ψυχιατρικού Κέντρου

¹ Να διαγραφεί ο,τι δεν ισχύει.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII

(Κανονισμός 9)

ΕΝΤΥΠΟ Ζ

ΟΙ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2015
ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΞΟΔΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΤΥΓΧΑΝΕΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

[Άρθρο 16(3) του Νόμου]

Ψυχιατρικό Κέντρο _____

Εγώ ο/ή¹ Δρ. _____ εγγεγραμμένος/η Ψυχίατρος,
κάτοχος δελτίου ταυτότητας υπ' αριθμόν _____, κάτοικος
_____, κάτοχος
αριθμού τηλεφώνου _____, ασκών/ούσα το λειτούργημά μου στο Ψυχιατρικό
Κέντρο _____ στη διεύθυνση _____,
ανακαλώ την άδεια εξόδου ημερ. _____ του ασθενούς²
_____. Κρίνω την ανάκληση της άδειας αναγκαία για³:
την ασφάλεια, την προστασία, την υγεία του ασθενούς, την προστασία άλλων
προσώπων.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

Ψυχίατρος για Ψυχιατρικό Κέντρο

Επιδόθηκε στον ασθενή / προσωπικό αντιπρόσωπό του σήμερα, _____.

Όνομα Ασθενή/ Προσωπικού Αντιπροσώπου: _____

Υπογραφή: _____

1 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

2 Να αναγραφεί το όνομα του ασθενούς του οποίου η άδεια ανακαλείται.

3 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII

(Κανονισμός 10)

ΕΝΤΥΠΟ Η

ΟΙ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2015
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

[Άρθρο 26(2) του Νόμου]

Ψυχίατρο Ψυχιατρικού Κέντρου _____

Εγώ ο/ή¹ κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____ κάτοχος δελτίου ταυτότητας υπ' αριθμόν _____, κάτοικος² _____, κάτοχος αριθμού σταθερού τηλεφώνου _____, κάτοχος αριθμού κινητού τηλεφώνου _____, αφού ενημερώθηκα από τον/ την ψυχίατρό Δρ. _____ για τη φύση, τη σκοπιμότητα, τη διάρκεια, τις πιθανές παρενέργειες της παρεμβατικής θεραπείας _____, με τρόπο σαφή και κατανοητό, δίνω τη συγκατάθεσή μου για την εφαρμογή της.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____
Ο/Η αιτητής/ρια

1 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

2 Να δηλωθεί πλήρης διεύθυνση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΧ

(Κανονισμός 11)

ΕΝΤΥΠΟ Θ

ΟΙ ΠΕΡΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ 2015
 ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΔΟΘΕΙΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟ ΤΟΥ
 ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
 [Άρθρο 26(2) του Νόμου]

Ψυχίατρο Ψυχιατρικού Κέντρου _____

Εγώ ο/ή¹ κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____ κάτοχος
 δελτίου ταυτότητας υπ' αριθμόν _____, κάτοικος²
 _____, κάτοχος αριθμού σταθερού τηλεφώνου
 _____, κάτοχος αριθμού κινητού τηλεφώνου _____, προσωπικός
 αντιπρόσωπος του ασθενούς _____, αφού
 ενημερώθηκα από τον ψυχίατρο Δρ. _____ για τη φύση, τη
 σκοπιμότητα, τη διάρκεια και τις πιθανές παρενέργειες της παρεμβατικής θεραπείας
 _____, με τρόπο σαφή και κατανοητό και δεδομένου, ότι
 κρίνω ότι είναι προς το συμφέρον του πιο πάνω ασθενούς να υποβληθεί στην
 προαναφερόμενη θεραπεία, δίνω τη συγκατάθεσή μου για την εφαρμογή της στον πιο
 πάνω ασθενή.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____
 Ο/Η αιτητής/ρια

1 Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει.

2 Να δηλωθεί πλήρης διεύθυνση.