

Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ _____

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ _____

Συναίνεση για την παρέμβαση του πολιτιστικού διαμεσολαβητή (Greco)

Εγώ ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____ συναινώ

- στην παρέμβαση του πολιτιστικού διαμεσολαβητή, ο οποίος έχει την υποχρέωση τήρησης του απορρήτου των πληροφοριών που με αφορούν, για να μεταφράσει τη γλώσσα μου και να διευκολύνει το ιατρικό και υγειονομικό προσωπικό στη φροντίδα του για μένα.

ΝΑΙ ☐

ΟΧΙ ☐

- στην ενημέρωση των ατόμων της οικογενείας/συνοδών μου σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου και με τις ενδεχόμενες ανάγκες διάγνωσης και θεραπείας.

ΝΑΙ ☐

ΟΧΙ ☐

- **Αν ΝΑΙ:**

συναινώ στην ενημέρωση του κυρίου / της κυρίας _____

βαθμός συγγένειας _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____