

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ(1):

X κλινική, γυναικολόγο, παιδίατρο

O – Η Όνομα:

Επώνυμο:

Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:

Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:

Ημερομηνία γέννησης(2):

Τόπος Γέννησης:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:

Τηλ:

Τόπος Κατοικίας:

Οδός: Αριθ: TK:

Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):

Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Επιθυμώ να νοσηλευθώ στην X μαιευτική κλινική με την Ψ χρέωση του τιμοκαταλόγου που μου γνωστοποιήθηκε από τον χειρουργό γυναικολόγο στις ..ημέρα- μηνας-2014 (αναγραφή αμοιβής κ για τις δύο επιλογές, προτιμότερη η αναλυτική αναγραφή της χρέωσης), προκειμένου να γεννήσω με φ.τ. ή καισαρική τομή, με τους γυναικόλογο κ..... κ παιδίατρο τον κ, με τους κάτωθι όρους:

1) συνδιαμονή μου με το βρέφος (κατά τα προβλεπόμενα στον Αστικό Κώδικα κ τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού άρθρα)

2) αποκλειστικό θηλασμό του βρέφους με μητρικό γάλα (δεν συγκατατίθεμαι σε διατροφή του βρέφους με άλλη τροφή-υγρό, πέραν του μητρικού γάλακτος) (ομοίως στα ίδια άρθρα και κυρίως στην υπ. Απόφαση του 2008 για τα παρασκευάσματα γάλακτος, όπως τροποποιήθηκε από την υπουργική απόφαση του 2012, ερμηνευόμενη σύμφωνα με την οδηγία Y3γ/36189/ 9-10-95, του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, η οποία αναφέρεται στα προτεινόμενα 10 βήματα της ΠΟΥ και της UNICEF και η οποία τονίζει ότι:

α) η συνταγογράφηση ξένου γάλακτος πρέπει να συνοδεύεται από ιατρική γνωμάτευση που να εξηγεί τους λόγους που το μωρό δεν μπορεί να θηλάσει αποκλειστικά

β) απαγορεύεται η παρακαταθήκη και διαφήμιση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος από τα μαιευτήρια.)

3) απαγόρευση χρησιμοποίησης-μεταβίβασης των προσωπικών μου δεδομένων, όσο και του τέκνου μου, από την κλινική ή εργαζόμενους σε αυτήν, ιδίως σε και από εταιρείες βρεφικών παρασκευασμάτων και παρασκευασμάτων βρεφικού γάλακτος 1ης ή 2ης βρεφικής ηλικίας (νομοθεσία για τα προσωπικά δεδομένα).

4)) όλες οι ιατρικές εξετάσεις που αφορούν στο τέκνο μου θα γίνονται ενώπιον τουλάχιστον ενός εκ των γονέων του κ η οποία ιατρική πράξη, θα έπεται της προφορικής συναίνεσής μας.

Οποιαδήποτε αλλαγή-προς το δυσμενέστερο για μένα ή το παιδί στους ως άνω όρους νοσηλείας εμού και του βρέφους μου πρέπει για να είναι ισχυρή και να με δεσμεύει, να γίνει γραπτώς και να φέρει την υπογραφή μου ή έστω την υπογραφή του συζύγου μου, αν δεν είμαι εγώ σε θέση να συναινέσω προς τούτο (σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής δεοντολογίας, τα δικαιώματα του ασθενή αρ.47Ν. 2071/1992),

άλλως η όποια μονομερής αλλαγή των όρων νοσηλείας μου ή του βρέφους μας στην ως άνω αναφερθείσα κλινική, θα θεωρηθεί ως μη ισχυρή, άρα άκυρη, πέραν του γεγονότος ότι θα αποτελεί λόγο για περαιτέρω δικαστική αποζημίωσή μου για αθέτηση των συμφωνηθέντων και για κάθε ζημία που θα έχω υποστεί εξ αυτού του λόγου, τόσο εγώ όσο και το βρέφος μου. (4)

Πόλη, Ημερομηνία: 2014

Η Δηλούσα.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

οι παρακάτω προτάσεις προσθέτονται στην υπεύθυνη δήλωση όταν υπάρχει πλάνο τοκετού κλπ.
Συμπληρώστε εδώ ότι επιθυμείτε για το πλάνο τοκετού κα. :

Τα παραπάνω αφού διαβάστηκαν, βεβαιώθηκαν, έγιναν ανεπιφύλακτα δεκτά και υπογράφηκαν από τους συμβαλλόμενους,

Η κλινική
Τόπος, Ημερομηνία
Σφραγίδα, υπογραφή νομίμου εκπροσώπου

Ο γυναικολόγος
Τόπος, Ημερομηνία
Σφραγίδα, υπογραφή

Ο παιδίατρος
Τόπος, Ημερομηνία
Σφραγίδα υπογραφή

Το κείμενο της υπεύθυνης δήλωσης συνέταξε η δικηγόρος Σέβη Δημοσίου,
Δικηγόρος παρ' Εφέταις Λάρισας, Μ.Δ. Δημοσίου Δικαίου,
sevastidimosiou(at)gmail.com, τηλέφωνο επικοινωνίας 6974952297.
Νομική σύμβουλος www.IBFAN.gr