

ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟ

Ο / η υπογράφων,,
γεννημένος/η στις,

βρισκόμενος / βρισκόμενη αυτήν τη στιγμή υπό κράτηση στο νοσοκομείο ή σε άλλο ίδρυμα, ορίζω δια της παρούσας εξουσιοδότησης σύμφωνα με τις σχετικές διαταγές του νόμου συμπαραστάτη / συνήγορο μου

τον / την κ.....
(διεύθυνση).....

Ο / η συμπαραστάτης / συνήγορος μου δικαιούται να υπερασπίζει τα συμφέροντα μου και να με αντιπροσωπεύσει σε όλες τις υποθέσεις που συσχετίζονται με την τωρινή κράτηση μου.

Ο / η συμπαραστάτης / συνήγορος μου δικαιούται, σε περίπτωση αναγκαστικής ιατρικής αγωγής, να ερευνήσει και να διασαφηνίσει όλες τις πραγματικές καταστάσεις και όλα τα περιστατικά, και συγκεκριμένως εις την κρίση του να υποβάλλει μήνυση κατά των υπεύθυνων ιατρών για όλους τους νομικούς λόγους.

Απαλλάσσω δια της παρούσας όλα τα τρίτα πρόσωπα από τη δέσμευσή τους για τη διατήρηση του απορρήτου προς το συμπαραστάτη / συνήγορο μου. Ο / η συμπαραστάτης / συνήγορος μου δικαιούται να γνωρίσει όλους τους φακέλους και όλα τα έγγραφα που με αφορούν και να παραλάβει φωτοαντίγραφα επί αυτών.

Ο / η συμπαραστάτης / συνήγορος μου πρέπει να ενημερώνεται λεπτομερώς για όλα τα ιατρικά θέματα και τις ιατρικές αγωγές που αφορούν το άτομο μου, ειδικότερα σε σχέση με τις ουσίες που μου έχουν χορηγηθεί (ποσότητα, τρόπος επίδρασης, εμπορική ονομασία, ονομασία της δραστικής ουσίας και των συστατικών, κλπ.).

Το παρόν πληρεξούσιο συμπεριλαμβάνει και το δικαίωμα να με αντιπροσωπεύσει στις περιπτώσεις απειλής διορισμού μόνιμης κηδεμονίας ή επιτροπείας για το άτομο μου, καθώς επίσης και σε όλες τις υποθέσεις που αφορούν τα περί του οίκου μου και της περιουσίας μου.

Ο / η συμπαραστάτης / συνήγορος μου δικαιούται να κινήσει όλα τα αναγκαία νομικά μέσα ή να κινηθεί δια της δικαστικής οδούς ενώπιων των δικαστηρίων όλων των βαθμίδων, και, αν χρειαστεί, να διορίσει δικηγόρους για λογαριασμό μου.

Ο / η συμπαραστάτης / συνήγορος μου πρέπει να πληροφορείται άμεσα για όλα τα μέτρα που αφορούν το άτομο μου (επικοινωνώντας στη παραπάνω διεύθυνση του συμπαραστάτη / συνηγόρου μου).

Παράρτημα:

Στην περίπτωση του θάνατο μου, το πτώμα μου πρέπει να αχρηστευτεί αμέσως ή το γρηγορότερο δυνατόν*, ώστε να είναι ακατάλληλο για κάθε είδους ιατρικής χρήσης. Να μη πραγματοποιηθεί καμία αυτοψία, καμία λήψη οργάνων και όλα τα σχετικά, και ενδεχομένως να ασκηθεί ποινική δίωξη. Το ίδιο ισχύει και για κάθε ιατρική αγωγή συμπεριλαμβανομένων κάθε είδους ιατρικών παρεμβάσεων, και τούτο εξ' αρχής.

Ημερομηνία

Υπογραφή.....(Έχει κατατεθεί ένα αντίγραφο)

* Αποτέφρωση: Ναι / Όχι

(Να διαγραφτεί ο, τι δεν ισχύει)