



ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ / ΑΙΜΟΔΟΤΡΙΑΣ

Αριθμός Εθνικού Μητρώου Αιμοδότη/τριας

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ/ΤΡΙΑΣ (Συμπληρώνεται από τον/την αιμοδότη/αιμοδότηρια)

Επώνυμο:				Όνομα:			
Πατρώνυμο:				Μητρώνυμο:			
Ημ/νία Γέννησης:	___/___/___			Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άρρεν / <input type="checkbox"/> Θήλυ		
Τόπος Γέννησης:	(Χώρα)	(Περιφέρεια)		Μορφωτικό επίπεδο*:	(*Προαιρετικό)		
Διεύθυνση κατοικίας:	(οδός)	(αριθμός)	(Τ.Κ.)	(Δήμος)	(Περιφέρεια)		
Τηλ.:	Κιν.:		Email:				
ΑΜΚΑ:				<input type="checkbox"/> Δεν διαθέτω Ελληνικό ΑΜΚΑ			

Δίνω αίμα: (Συμπληρώνεται από τον/την αιμοδότη/αιμοδότηρια)

<input type="checkbox"/> Εθελοντικά	
<input checked="" type="checkbox"/> Για Σύλλογο Εθελοντών Αιμοδοτών	Αρ. Μητρώου Συλλόγου/Ομάδας Εθελοντών Αιμοδοτών: 12297
<input type="checkbox"/> Για Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών	Σύλλογος/Ομάδα Εθελοντών Αιμοδοτών: Α.Π.Σ. ΑΘΗΝΑΙΟΙ ΔΡΟΜΕΙΣ
<input type="checkbox"/> Για Ασθενή	Όνοματεπώνυμο ασθενή: _____ Πατρώνυμο: _____ Νασοκομείο νοσηλείας: _____ Κλινική: _____
<input type="checkbox"/> Για Ένοπλες Δυνάμεις	Στρατόπεδο αιμοληψίας: _____
<input type="checkbox"/> Δηλώνω ότι επιθυμώ να εκδοθεί στο όνομά μου ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΕΘΕΛΟΝΤΗ/ΝΤΡΙΑΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ/ΤΡΙΑΣ (δεν ισχύει για όσους προσφέρουν αίμα για ασθενή)	

ΠΡΟΣΟΧΗ! – ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

1. Όποιος έχει έστω και μία ομοφυλοφιλική σχέση από το 1977.
2. Όποιος/α έχει κάνει κάποτε ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.
3. Όποιος/α είχε πολλούς/ές ερωτικούς/ές συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικών μέσων, κατά την τελευταία δεκαετία.
4. Ερωτικοί/ές σύντροφοι πολυμεταγχιζόμενων ατόμων.
5. Όποιος/α είχε τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν είτε με χρήματα είτε με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
6. Γενικά όποιος/α νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS.

Αν κάτι από το παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον/την ιατρό της Αιμοδοσίας.

ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ/ΑΙΜΟΔΟΤΡΙΑ

Τα στοιχεία ταυτότητας αιμοδότη/τριας επιβεβαιώθηκαν με: (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία αιμοδοσίας)

<input type="checkbox"/> Ταυτότητα Εθελοντή/ντριας Αιμοδότη/τριας	<input type="checkbox"/> Αστυνομική Ταυτότητα	<input type="checkbox"/> Ταυτότητα Ε.Δ./Σ.Α.
<input type="checkbox"/> Διαβατήριο	<input type="checkbox"/> Βιβλιόριο Υγείας	<input type="checkbox"/> Άδεια Οδήγησης
<input type="checkbox"/> Άδεια Παραμονής		
Αριθμός προσκομιζόμενου εγγράφου ταυτοποίησης:	Χώρα έκδοσης προσκομιζόμενου εγγράφου ταυτοποίησης:	