**توضیح بیماران برای رها ساختن موسسه و کلینیک ما از اسرار پزشکی بیماران**

بدینوسیله من.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.(نام و نام خانوادگی بیمار) مطابق پاراگراف 203 قانون مجازات مدنی، به کلینیک و انجمن پزشکی ال فا ار LVR و افراد و موسسات در لیست زیر

* -دکترانی که من بیمارشان هستم
* -همکاران بخش تراپی
* -کارمندان بخش پرستاری
* کارمندان بخش خدمان اجتماعی

اجازه میدهم که از پزشکان و موسسا ت نامبرده در زیر، اطلاعات پزشکی راجع به من را دریافت کند.

1. از پزشکانی که تقاضای انتقال مرا به این مرکز میدهند

2. پزشکان دیگری که من مریض انها هستم.

3. اشخاصی که من نزد انها روان درمانی میکنم.

4. بخش خدمات اجتماعی.

5. افراد و موسسات وابسته\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 من موافقتم را اعلام میکنم که در صورت لزوم و تا آنجا که لازم است

* برای درمان فعلی
* برای روشن شدن حقوق اجتماعی که به من تعلق میگیرد
* به دلیل تحقیقات کارشناسانه
* برای اطمینان جهت ادامه درمان من
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تمام اسرار و اطلاعات پزشکی من فاش شود.

من اجازه دارم که با موافقتم جهت فاش نمودن اسرار پزشکی هر زمان – یا بخشی از آن را- نقض کنم و با آن مخالفت کنم.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

زمان و مکان و امضای مریض

در صورتی که مریض توانایی و اجازه امضاء را ندارد

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

امضا و نام نماینده قانونی