**Sır saklama yükümlülüğünü kaldırmaya dair**

**LVR Klinikleri hastalarının beyanı**

İşbu belge ile ben (Adı ve Soyadı) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ceza Kanunu'nun (StGB) 203. Maddesi gereği LVR Kliniğinde sır saklama yükümlülüğü bulunan aşağıdaki çalışanlarının

* tedavi eden hekimleri
* tedavi eden sağlık çalışanlarını
* tedavi eden bakım personelini
* Sosyal Servis çalışanlarını

aşağıda yer alan kişiler/ kuruluşlara yönelik sır saklama yükümlülüğünü kaldırıyorum:

1. sevk eden hekimler \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. tedaviye devam eden hekimler \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. tedaviye devam eden psikoterapistler \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Sosyal Psikiyatri Servisi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. diğer kişiler/ kuruluşlar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gerektiği hallerde,

* devam eden tedavim için
* sosyal güvenlik haklarımının tespiti amacıyla
* bilirkişi sorularında
* tedavimin devamını sağlamak için
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

benimle ilgili tedavi belgelerinin ve bulgularının ifşa edilmesini kabul ediyorum.

İşbu sır saklama yükümlülüğünü kaldırma beyanı kısmen de her zaman iptal edilebilir.

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

Yer, tarih ve hastanın imzası

Hastanın rıza verecek durumunda olmaması halinde:

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

Yer, tarih ve temsilcisinin imzası