**Deklaratë e pacientit/pacientes të Klinikave LVR lidhur me çlirimin nga detyrimi për heshtje**

Përmes kësaj, unë, (Emri dhe Mbiemri) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

çliroj në bazë të § 203 të kodit penal (KP) stafin e Klinikës LVR me detyrim heshtje,

• mjekët/mjeket trajtues/e

• stafin e trajtimit terapeutik

• stafin e trajtimit infermieror

• stafin e shërbimit social

nga detyrimi i tyre për heshtje ndaj personave/ institucioneve të mëposhtëm:

1. mjekut/mjekes udhëzues/e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. mjekut/mjekes të trajtimit të mëtejshëm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. psikoterapistit/psikoterapistes të trajtimit të mëtejshëm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Shërbimit Socilal Psikiatrik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. personave/ institucioneve të tjerë/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unë jam dakort, që dokumentet e mia përkatëse të trajtimit dhe diagnozat të jenë të dukshme në masën e nevojshme,

• për trajtimin tim aktual

• për sqarimin e të drejtave të mia në lidhje me shërbimet sociale

• për arsye të pyetjeve të ekspertëve

• për sigurimin e trajtimit tim të mëtejshëm.

• \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kjo deklaratë për çlirim nga detyrimi për heshtje mund të revokohet në çdo kohë - edhe pjesërisht.

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

Vendi, data dhe nënshkrimi i pacientes/pacientit

Në rastin e mungesës së aftësisë së pacientit/pacientes për miratim:

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

Vendi, data dhe nënshkrimi i personit përfaqësues