**إعلان لمرضى مستشفيات منطقة راينلاند (LVR-Kliniken) بخصوص السماح بإفشاء المعلومات**

بموجب ذلك أعفي أنا (الاسم الأول، واسم العائلة)

الموظفين التالي ذكرهم، وفقًا للمادة رقم 203 من قانون العقوبات، والملزمين بواجب سرية المعلومات في مستشفيات منطقة راينلاند

(LVR-Klinik)

• الطبيب المعالج / الطبيبة المعالجة

• الموظفين القائمين على العلاج

• طاقم التمريض المُعالج

• موظفي الخدمات الاجتماعية

من التزام سريةالمعلومات تجاه الأشخاص / المؤسسات التالي ذكرهم:

1. الأطباء الذين أحالوني إليهم\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. الأطباء الذين يواصلون العلاج\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. الأطباء النفسيين القائمين على مواصلة البرنامج العلاجي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. قسم الخدمات النفسية الاجتماعية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. أشخاص / مؤسسات آخرين \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

أوافق على ذلك طالما كان ذلك ضروريًا،

• لعلاجي الحالي

• لتوضيح استحقاقي المطالبة بالمعونات الاجتماعية

• للإجابة على أسئلة الخُبراء

• لضمان مواصلة البرنامج العلاجي الخاص بي

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

قد يتم الكشف عن وثائق العلاج والنتائج المتعلقة بي.

يمكن إلغاء إعلان الموافقة على الإعفاء من التزام سرية المعلومات هذا في أي وقت بصورة كاملة أو جزئية.

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

المكان، التاريخ، وتوقيع المريض/المريضة

في حالة عدم قدرة المريض/المريضة على الموافقة:

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

المكان، التاريخ، وتوقيع من ينوب عنه/عنها