**Izjava pacijentkinje/pacijenta LVR klinike o razrješenju od obaveze povjerljivosti**

Ovim ja, (ime i prezime) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

razrješavam sljedeće, prema § 203 Krivičnog zakonika (StGB) povjerljivošću obavezane saradnike LVR klinike

• odgovorne ljekare

• odgovorne terapeutske saradnike

• odgovorno osoblje zaduženo za njegu

• saradnike socijalne službe

od obaveze povjerljivosti prema sljedećim licima / institucijama:

1. ljekar koji je uputio pacijenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ljekari kojima je pacijent upućen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. psihoterapeuti kojima je pacijent upućen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. socijalno-psihijatrijska služba \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ostale osobe / institucije \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Saglasan/saglasna sam da, ukoliko je to potrebno

• za moje aktualno liječenje

• za rješavanje mojih socijalno-pravnih zahtjeva

• za rješavanje stručnih pitanja

• za obezbjeđivanje mog daljeg liječenja

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

moja medicinska dokumentacija i nalazi smiju biti objelodanjeni gore navedenim licima.

Ova izjava, ili njeni dijelovi, o razrješenju povjerljivosti može se povući u svakom trenutku.

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

Mjesto, datum i potpis pacijentkinje/pacijenta

U slučaju nesposobnosti davanja izjave pacijentkinje/pacijenta:

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

Mjesto, datum i potpis zastupnika