

**Δήλωση των ασθενών των κλινικών LVR σχετικά με την απαλλαγή από την υποχρέωση εχεμύθειας**

Με την παρούσα ο/η κάτωθι υπογράφων/ουσα, (Όνομα και επώνυμο)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_απαλλάσσω

τους παρακάτω υποχρεωμένους να τηρούν εχεμύθεια σύμφωνα με το άρθρο 203 του γερμανικού ποινικού κώδικα (StGB) εργαζόμενους της κλινικής LVR

* τους θεράποντες ιατρούς
* τους θεράποντες θεραπευτές
* τους θεράποντες νοσηλευτές
* τους συνεργάτες κοινωνικών υπηρεσιών

από την υποχρέωσή τους για εχεμύθεια προς τα παρακάτω άτομα / τους παρακάτω φορείς:

1. τους ιατρούς που κάνουν την ενημέρωση
2. τους περαιτέρω θεράποντες ιατρούς
3. τους περαιτέρω θεράποντες ψυχοθεραπευτές
4. την υπηρεσία κοινωνικής ψυχιατρικής
5. άλλα άτομα / άλλους φορείς

Συμφωνώ, εφόσον απαιτείται,

* για την τρέχουσα θεραπεία μου
* για τη διευκρίνηση της αξίωσής μου για χορήγηση κοινωνικών παροχών
* λόγω ερωτήσεων γνωμοδότησης
* για τη διασφάλιση της περαιτέρω θεραπείας μου

να ανακοινωθούν τα έγγραφα σχετικά με τη θεραπεία μου και τα ευρήματα που με αφορούν.

Η παρούσα δήλωση απαλλαγής από την υποχρέωση εχεμύθειας μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή — ακόμα και μερικώς.

Τόπος, ημερομηνία και υπογραφή του/της ασθενή

Σε περίπτωση ανικανότητας προς δικαιοπραξία του/της ασθενή:

Τόπος, ημερομηνία και υπογραφή του/της εκπροσώπου

**Griechische Fassung**

Ansprechpartner LVR-Dezernat 8: Hr. Blücher Stand: 07.08.2019, Revision: 30.03.2020

© LVR Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen