**Izjava bolesnice/bolesnika LVR klinike o razrješenju od**

**obaveze povjerljivosti**

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

razrješavam slijedeće, prema § 203 Krivičnog zakonika (StGB) povjerljivosti obvezane suradnike LVR klinike

• odgovorne liječnike

• odgovorne terapeutske suradnike

• odgovorno osoblje zaduženo za njegu

• suradnike socijalne službe

od obveze povjerljivosti prema slijedećim osobama / ustanovama:

1. liječnik koji je uputio bolesnika \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. liječnici kojima je bolesnik upućen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. psihoterapeuti kojima je bolesnik upućen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. socijalno-psihijatrijska služba \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Suglasan/suglasna sam da, ako je to potrebno

• za moje aktualno liječenje

• za rješavanje mojih socijalno-pravnih zahtjeva

• za rješavanje stručnih pitanja

• za osiguravanje mojeg daljnjeg liječenja

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

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

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

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

Mjesto, datum i potpis bolesnice/bolesnika

U slučaju nesposobnosti davanja izjave bolesnice/bolesnika:

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

Mjesto, datum i potpis zastupnika