**Изјава на пациенти/пациентки на ЛВР-клиниките за ослободување од обврската за молчење**

Јас, (име и презиме) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ги ослободувам следниве вработени на ЛВР-клиниката кои подлежуваат на обврската за молчење во согласност со член 203 од кривичниот законик

• докторите кои ме третираат

• терапевтските вработени кои ме третираат

• вработените кои ме негуваат

• вработените на социјалната служба

од нивната обврска за молчење кон следниве лица/ институции:

1. докторите кои ме упатуваат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. докторите кои ме третираат понатаму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. психотерапевтите кои ме третираат понатаму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. социјално-психијатриската служба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. останати лица/ институции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Се согласувам доколку е потребно

• за мојот моментален третман

• за разјаснување на моите социјално-правни надоместоци

• врз основа на прашања на вештаци

• за осигурување на мојот понатамошен третман

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

да се отворат сите досиеа и наоди од мојот третман.Оваа изјава за ослободување

од обврската за молчење може да се повлече - и делумно - во секое време.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место, датум и потпис на пациентот/пациентката

Доколку пациентот/пациентката не е во состојба да ја даде оваа изјава:

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

Место, датум и потпис на заменикот