**Oświadczenie pacjenta kliniki LVR o zwolnieniu**

**z obowiązku zachowania poufności**

Niniejszym, ja (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zwalniam na podstawie § 203 Niemieckiego Kodeksu Karnego (StGB) zobowiązanych do zachowania poufności pracowników kliniki LVR

• lekarza prowadzącego

• terapeutę prowadzącego leczenie

• pielęgniarza prowadzącego leczenie

• pracowników służby socjalnej

z obowiązku zachowania poufności wobec następujących osób/instytucji:

1. lekarza kierującego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. lekarza prowadzącego dalsze leczenie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. psychoterapeuty prowadzącego dalsze leczenie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. pracowników służby socjalno-psychiatrycznej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. innych osób/instytucji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zgadzam się na to, by w zakresie niezbędnym

• do mojego bieżącego leczenia

• do wyjaśnienia moich praw do świadczeń socjalnych

• w celu sformułowania zapytań do opinii eksperckiej

• do zapewnienia mojego dalszego leczenia

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

dotycząca mnie dokumentacja medyczna i diagnozy zostały ujawnione.

Niniejsze oświadczenie dotyczące zwolnienia z obowiązku zachowania poufności może być odwołane w dowolnym momencie, również częściowo.

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

Miejscowość, data i podpis pacjenta

W przypadku braku zdolności pacjenta do wyrażenia świadomej zgody:

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

Miejscowość, data i podpis przedstawiciela