**Declaração dos pacientes da LVR-Kliniken sobre a**

**dispensa ao sigilo profissional**

Por este meio, eu dispenso, (nome e sobrenome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

segundo o § 203 do Código penal (StGB), do sigilo profissional os seguintes funcionários da LVR-Klinik:

• os(as) médicos(as) que tratam o paciente

• os funcionários terapêuticos que tratam o paciente

• a equipe de enfermagem que trata o paciente

• os funcionários do serviço social

do dever do sigilo profissional em relação às seguintes pessoas/instituições:

1. o(a) médico(a) que interna o paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. o(a) médico(a) que continua com o tratamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. o(a) psicoterapeuta que continua com o tratamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. o serviço social-psiquiátrico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 outras pessoas/instituições \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu concordo, à medida em que for necessário

• ao meu tratamento atual,

• para esclarecer os meus direitos sociais com base

• emperguntas a especialistas,

• para garantir a continuação do meu tratamento

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

que se divulguem os documentos referentes ao meu tratamento e aos resultados obtidos.

Esta declaração de sigilo profissional pode ser revogada, inclusive em parte, a qualquer momento.

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

Local, data e assinatura do(a) paciente

Em caso de falta de consentimento do(a) paciente:

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

Local, data e assinatura do(a) representante