**Izjava pacijentkinje/pacijenta LVR klinike o razrešenju od obaveze poverljivosti**

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

razrešavam sledeće, prema § 203 Krivičnog zakonika (StGB) poverljivošću obavezane saradnike LVR klinike

* odgovorne lekare
* odgovorne terapeutske saradnike
* odgovorno osoblje zaduženo za negu
* saradnike socijalne službe

od obaveze poverljivosti prema sledećim osobama / institucijama:

1. lekar koji je uputio pacijenta
2. lekari kojima je pacijent upućen
3. psihoterapeuti kojima je pacijent upućen
4. socijalno-psihijatrijska služba
5. ostale osobe / institucije

Saglasan/saglasna sam da, ukoliko je to potrebno

* za moje aktuelno lečenje
* za rešavanje mojih socijalno-pravnih zahteva
* za rešavanje stručnih pitanja
* za obezbeđivanje mog daljeg lečenja
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

moja medicinska dokumentacija i nalazi smeju da budu obelodanjeni gore navedenim licima.

Ova izjava, ili njeni delovi, o razrešenju poverljivosti može da se povuče u svakom trenutku.

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

Mesto, datum i potpis pacijentkinje/pacijenta

U slučaju nesposobnosti davanja izjave pacijentkinje/pacijenta:

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

Mesto, datum i potpis zastupnika