د خپرونې په فورمه د **LVR** کلینیک د ناروغ اعلامیه

د محرمتیا مسؤلیت

زه دلته (لومړی او اخري نوم) ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ د LVE کلینیک لاندې کارکوونکي، چې د المان د جرمي قانون (StGB) د ماده 203 له مخې د محرمتیا غړي دي،

* اټنډنګ فزیشنز
* اټنډنګ معالجوي کارکوونکي
* اټنډنګ نرسنګ کارکوونکي
* ډ تولنیز خدمتونو کارکوونکي

لاندې کسانو/موسسو ته د محرمتیا د مسؤلیت څخه خوشي کوم:

1. ریفرنګ فزیشنز \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. هغه ډاکټران چې په دوام سره درملنه کوي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. هغه فزیو تراپسټس چې په دوام سره درملنه کوي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. د ټولنیز سایکایټري خدمت \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. نور کسان/موسسې \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

زه موافقه کوم چې ترڅو اړینه وي،

* زما د اوسنۍ درملنې لپاره
* زما د ټولنیزې ګټې د وړتیاو د تصفیه کولو لپاره
* د ماهر د پوښتنو پراساس
* زما د درملنې د مخکې یقیني کولو لپاره
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

د درملنې اسناد او زما اړوند ټولې څیړنې ښایي په ډاګه کړل شي.

د محرمتیا دا اعلامیه هر وخت فسخ کیدلی شي – حتی په جزوي توګه.

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

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

د ناروغ موقعیت، نیټه او لاسلیک

په هغه صورت کې چې ناروغ نه شي کولای چې اجازه ورکړي:

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

د ناروغ د قانوني استازي موقعیت، نیټه او لاسلیک