**Declarația pacientului\*ei clinicilor LVR cu privire la exonerarea privind obligația de confidențialitate**

Prin prezenta, eu (prenume și nume) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exonerez în conformitate cu § 203 Codul Penal (StGB) angajații cu obligație de confidențialitate ai Clinicii LVR

• Medicul curant

• Terapeuții curanți

• Îngrijitorii curanți

• Angajații de la serviciul curant

De obligația de confidențialitate cu privire la următoarele persoane / instituții:

1. medicul care a făcut trimiterea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. medicul curant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. psihoterapeutul(a) curant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. serviciul socio-psihiatric \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. alte persoane / instituții \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sunt de acord ca, în măsura în care este necesar,

• pentru tratarea mea

• pentru clarificarea nevoilor de servicii socio-legale

• datorită problematicii de conformare

• pentru asigurarea tratamentului mei continuu

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

documentele de tratament care au legătură cu mine să fie făcute publice.

Această declarație privind exonerarea de obligația de confidențialitate poate fi revocată – chiar și parțial - în orice moment.

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

Locul, data și semnătura pacientei/pacientului

În cazul lipsei acordului pacientei/pacientului:

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

Locul, data și semnătura reprezentantului