**Заявление пациента / пациентки клиник Краевого союза Рейнской области об освобождении от обязанности неразглашения врачебной тайны**

Настоящим я, (имя, фамилия) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ освобождаю следующий медперсонал клиник Краевого союза Рейнской области, который обязан соблюдать конфиденциальность в соответствии с § 203 Уголовного кодекса (StGB):

* лечащих врачей;
* лечащий терапевтический медперсонал;
* лечащий средний медперсонал;
* персонал социальной службы

от их обязанности неразглашения врачебной тайны в отношении следующих лиц / учреждений:

1. врача, который выдал направление­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. врача, который продолжит лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. психотерапевта, который продолжит лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. социально-психиатрической службы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. прочих лиц / учреждений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я даю свое согласие на то, что в случае необходимости

* для моего текущего лечения;
* для выяснения моих социальных прав на получение медицинских услуг;
* ввиду необходимости экспертного заключения;
* для обеспечения моего дальнейшего лечения;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

содержание моих медицинских документов и результатов диагностики будет разглашено.

Настоящее заявление об освобождении от обязанности неразглашения врачебной тайны может быть отозвано в любое время, также в частичном объеме.

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

Место, дата и подпись пациента / пациентки

В случае, если пациент / пациентка не имеет права на выражение согласия:

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

Место, дата и подпись представителя