

International Medical Services

Gebäude 301 / EG / Zimmer 0.034-0.036
Langenbeckstraße 1
D-55131 Mainz

E-Mail: ims@unimedizin-mainz.de

Schweigepflichtentbindung - Internationale Patienten**Заявление об освобождении от обязательства неразглашения врачебной тайны****Patient** _____**Имя и фамилия пациента (латиницей)**

Настоящим я освобождаю Университетскую клинику Майнца от обязательства неразглашения врачебной тайны. Настоящее освобождение от обязательства неразглашения врачебной тайны распространяется на всех сотрудников Университетской клиники Майнца. Настоящее освобождение позволяет им передавать копии медицинских документов, а также медицинскую карту пациента указанным далее третьим лицам:

- Переводчик и/или ухаживающее за пациентом лицо, г-жа/г-н

- Сторонний подрядчик Университетской клиники Майнца (например, осуществление расчетов через Unimed, медицинские лаборатории)
- Административные органы Германии (например, ведомства по делам иностранных граждан)
- Организации-плательщики (например, посольства)
- _____
Прочие названные здесь лица (при необходимости укажите)

Настоящее освобождение от обязательства неразглашения врачебной тайны распространяется на всю мою историю болезни. Оно остается в силе до момента письменного отзыва, переданного Университетской клинике Майнца.

Hiermit entbinde ich die Universitätsmedizin Mainz von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Diese Schweigepflichtentbindung erstreckt sich auf alle Mitarbeiter der Universitätsmedizin Mainz. Diese sind durch die Entbindung befugt, Kopien von Krankenunterlagen sowie der Patientenakte an nachfolgend genannte Dritte weiterzugeben:

- Dolmetscher und/oder Patientenbetreuer Fr./Hr. _____
- Externe Dienstleister der Universitätsmedizin Mainz (z.B. Abrechnung durch Unimed, medizinische Labore)
- Deutsche Behörden (z.B. Ausländerbehörden)
- Kostenträger (z.B. Botschaften)
- _____
Ggf. sonstige, hier genannte

Diese Schweigepflichtentbindung erstreckt sich auf meine gesamte Krankengeschichte. Sie behält ihre Gültigkeit bis zum schriftlichen Widerruf gegenüber der Universitätsmedizin Mainz.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten

Место, дата и подпись пациента