Schweigepflichtsentbindung / Релиз о конфиденциальности

Name **Фамилия**	
Vorname **Имя**	
Geburtsdatum **Дата рождения**	
Staatsangehörigkeit **Гражданство**	

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Agenturen, die mich untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten, Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten, Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, Rechnungen und Enlassungsberichte an die Y&Y MedConsulting GmbH, Kurfürstendamm 132A, 10711 Berlin herausgegeben und verwertet werden dürfen.

Y&Y MedConsulting GmbH ist berechtigt meine Daten/Unterlagen an alle medizinischen Einrichtungen sowie Dolmetscher/Übersetzer via Post, E-Mail, Telefon oder Fax, zu senden. Darüber hinaus hat die Y&Y MedConsulting GmbH die Erlaubnis mir/meiner Kontaktperson meine medizinischen Unterlagen sowie meine Rechnungen via Telefon, Fax, E-Mail oder per Post zukommen zu lassen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Настоящим освобождаю я всех врачей, стоматологов, представителей других медицинских профессий, консультантов, а также представителей больниц, страховые учреждения всех видов и инстанций, которые меня обследовали, лечили или консультировали, от их обязанности соблюдать врачебную тайну.

Настоящим я подтверждаю моё согласие на то, чтобы вся врачебная документация, результаты обследований, изображения или заключения экспертов, адменистративные акты, а также акты частных или государственных страховых учреждений, которые могут содержать врачебные заключения, данные обследований или итоговые заключения, врачебные или больничные отчеты о моем завершенном или все еще продолжающемся лечении и результатах обследований, счета и выписные эпикризы находились и использовалась компанией Y&Y MedConsulting GmbH, Kurfürstendamm 132A, 10711 Berlin.

Разрешаю Y&Y MedConsulting GmbH отправить мой выписной эпикриз, а также мои счета по электронной почте, телефону, факсу и по почте в медицинские учреждения, переводчикам и уполномоченным мною лицам.

Мне известно, что я в любое время могу отозвать это действующее заявление об освобождении от обязанности соблюдать врачебную тайну.

_____

Datum, Unterschrift / Дата, подпись