

# Landratsamt Aschaffenburg

- Gesundheitsamt - 63741

Aschaffenburg

Merlostr. 1 - 3



☎ **06021/394-100**

**Fax: 06021/394-989**

Name :

Прізвище та ім'я:

Geb.-Datum :

Дата народження:

Anschrift :

Адреса:

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Форма згоди

Hiermit entbinde ich die Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen und Sozialpädagogen, die mich behandelt oder beraten haben, für die Dauer des Asylverfahrens von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt. Ich gestatte diesen Personen, ihre Kenntnisse über Art und Verlauf meiner Krankheit sowie alle ihnen verfügbaren Untersuchungsbefunde dem/der begutachtenden Arzt/Ärztin im Gesundheitsamt mitzuteilen.

Цим я звільняю лікарів, психотерапевтів, психологів і соціальних співробітників, які мене лікують і дають поради на час процедури надання притулку від їхнього обов'язку зберігати конфіденційність перед департаментом охорони здоров'я. Я дозволяю цим особам повідомляти їх знання про характер і перебіг моєї хвороби, а також усі наявні у них результати обстеження лікарю з відділу охорони здоров'я.

Aschaffenburg, den

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Підпис:

**Dienstgebäude:**  
Merlostr. 1 - 3  
63741 Aschaffenburg

**Telefax:** 06021 / 394 -989    **Konten der Kreiskasse Aschaffenburg:**  
**Telefon:** 06021 / 394 -100    Sparkasse Aschaffenburg – Alzenau:  
**Email:** gesundheitsamt@Lra-ab.bayern..de  
IBAN: DE08 7955 0000 0000 0630 16, BIC: BYLADEM1ASA  
Raiffeisenbank Aschaffenburg eG:  
IBAN: DE68 7956 2514 0001 4168 80, BIC: GENODEF1AB1