

Das Programm „Telefon- und Videodolmetschen in Brandenburg“ ist ein digitales Angebot, das bei der Kommunikation zwischen neu zugewanderten Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten eingesetzt werden kann. Wenn Sie als Neupatientin bzw. Neupatient in eine Arztpraxis kommen, bringen Sie bitte diese Broschüre und die Informationen über die ärztliche Schweigepflicht für den Telefon- und Videodolmetscherdienst des Landes Brandenburg mit.

Le programme « Interprétation téléphonique et vidéo dans le Brandebourg » est un service numérique qui facilite la communication entre les patients récemment immigrés et les médecins. Si vous êtes un nouveau patient et que vous vous rendez dans un cabinet médical, veuillez apporter cette brochure ainsi que les informations concernant le secret médical pour le service d'interprétation téléphonique et vidéo du Land de Brandebourg.

Informationen über die ärztliche Schweigepflicht für den Telefon- und Videodolmetscher dienst des Landes Brandenburg

Informations sur le secret médical concernant le service d'interprétation téléphonique et vidéo dans le Brandebourg

Sprache **Information**

Langue **Information**

☐ Deutsch

Allemand

Ärzte und alle Mitarbeitenden der Arztpraxis haben die gesetzliche Schweigepflicht zu wahren. Um den SAVD Telefon- und Videodolmetscherdienst des Landes Brandenburg zu nutzen und über Ihre Informationen zu sprechen, ist eine Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht erforderlich. Diese finden Sie auf der Rückseite dieses Schreibens.

☐ Französische

Français

Les médecins ainsi que l'ensemble du personnel du cabinet médical sont soumis au secret médical. Pour pouvoir utiliser le service d'interprétation téléphonique et vidéo SAVD du Land de Brandebourg et transmettre vos informations, une levée partielle du secret médical est nécessaire. Vous trouverez le formulaire correspondant au verso de ce courrier.

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

folgende Ärzte

_____ [Name, Anschrift]

_____ [Name, Anschrift]

_____ [Name, Anschrift]

...

von ihrer Schweigepflicht gegenüber der SAVD Videodolmetschen GmbH mit Sitz in Wien als Anbieter der Telefon- und Videodolmetscherleistungen und erkläre mich damit einverstanden, dass Auskünfte über meinen Zustand, über meine Befunde, über Rezepte oder sonstige Verordnungen [...] mitgeteilt werden.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Gesetzlichen Vertreters

Levée du secret médical

Par la présente, je délègue,

Prénom et nom: _____

Adresse: _____

Date de naissance: _____

Les médecins suivants

_____ [Nom, adresse]

_____ [Nom, adresse]

_____ [Nom, adresse]

...

de leur obligation de confidentialité envers la société SAVD Videodolmetschen GmbH, dont le siège est à Vienne, prestataire du service d'interprétation téléphonique et vidéo. J'accepte

que des informations relatives à mon état de santé, à mes résultats d'examens, à mes ordonnances ou à d'autres prescriptions [...] puissent être transmises.

Je suis informé(e) que je peux révoquer à tout moment cette levée du secret médical, avec effet uniquement pour l'avenir.

Lieu, date

Signature du patient / représentant légal