

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.

برنامج "الترجمة الفورية عبر الهاتف والفيديو في براندنبورغ" هو خدمة رقمية يمكن استخدامها للتواصل بين المرضى الجدد من المهاجرين والأطباء. عند زيارتك كمريض أو مريضة جديدة لعيادة الطبيب، يرجى إحضار هذه النشرة والمعلومات المتعلقة بالسرية الطبية الخاصة بخدمة الترجمة الفورية عبر الهاتف والفيديو التابعة لولاية براندنبورغ.

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

معلومات حول السرية الطبية لخدمة الترجمة الفورية عبر الهاتف والفيديو التابعة لولاية براندنبورغ.

Sprache

Information

اللغة

المعلومات

☐ Deutsch

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.

☐ عربي

يجب على الأطباء وجميع العاملين في عيادة الطبيب الالتزام بالسرية الطبية المنصوص عليها قانوناً. لاستخدام خدمة الترجمة الفورية عبر الهاتف والفيديو (SAVD) التابعة لولاية براندنبورغ والتحدث حول معلوماتك، يلزم الحصول على إعفاء من السرية الطبية. ستجد هذا الإعفاء في الجهة الخلفية من هذه الرسالة

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

إعفاء من السرية الطبية

أقرُّ بموجبه أنني أعفي،

الاسم واسم العائلة

عنوان السكن
تاريخ الميلاد

الأطباء المذكورين
[الاسم والعنوان]
[الاسم والعنوان]
[الاسم والعنوان]

من واجبهم في الحفاظ على السرية الطبية تجاه شركة SAVD Videodolmetschen GmbH التي يقع مقرها في فيينا كمزود لخدمات الترجمة الفورية عبر الهاتف والفيديو، وأوافق على تبادل المعلومات المتعلقة بحالتي الصحية، ونتائج الفحوصات، والوصفات الطبية أو أي تعليمات آخر [...].

وأقر بأنني على علم بأنني أستطيع في أي وقت سحب هذا الإقرار برفع السرية الطبية، وبما فيه من تأثير مستقبلي

المدينة, التاريخ

توقيع المريض أو الوصي القانوني