

Erklärung / Заява

des Hilfesuchenden und seines Ehegatten bzw. Familienangehörigen:
особи, яка звертається за допомогою, та її дружини / чоловіка або членів сім'ї:

Ich entbinde hiermit den behandelnden Arzt, Kliniken, Gesundheitsämter und ärztliche Gutachter gegenüber dem Amt für Soziales der Stadt Ingolstadt von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass die über mich und mein/e Kind/er erstellten Gutachten, Arztbriefe, medizinischen Befundunterlagen zur Einsichtnahme und weiteren Verwendung zur Verfügung gestellt werden.

Цім я звільняю лікаря, клініки, органи охорони здоров'я та медичних експертів від зобов'язань щодо збереження лікарської таємниці перед Управлінням із соціального забезпечення міста Інгольштадт та погоджуюсь з тим, що висновки експертів, медичні звіти, медичні висновки, які стосуються мене та моєї дитини будуть надані для ознайомлення та подальшого використання.

Ingolstadt, den / Інгольштадт, дата:

.....
Unterschrift d. HE
Підпис головного заявника

.....
Unterschrift des Ehegatten bzw. Familienangehörigen
Підпис чоловіка / дружини або членів сім'ї