

**Заявление об освобождении неразглашения врачебной тайны  
и разрешение на выдачу документов**

**Я,**

.....  
**фамилия, имя, отчество: дата рождения**

.....  
**адрес:**

.....  
**(у несовершеннолетних: имя, фамилия и адрес родителей/опекунов)**

**освобождаю лечивших меня в 201... году врачей клиник в Германии и Швейцарии по отношению к фирме МЕДСЕРВИС БОДЕНЗЕЕ / владелица Swetlana Müller, Laurastrasse 34/1, 88250 Weingarten, а также её сотрудников от обязанности неразглашения врачебной тайны и уполномочиваю их выдавать фирме Медсервис Бодензее и её сотрудникам все документы касающиеся моего лечения, а также все копии выставленных мне счетов за лечение.**

**Я прошу вышеупомянутых лечащих врачей клиник передавать фирме Медсервис Бодензее все мне выставленные копии счетов за проведенное у меня лечение, включая расходы на лабораторные обследования и другие медицинские услуги.**

.....  
**(место и дата)**

.....  
**(подпись пациента или его родителей/опекунов)**