



# BÜRGERKOMMISSION FÜR MENSCHENRECHTE

*Die Bürgerkommission für Menschenrechte untersucht und enthüllt Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie*

## BEVOLLMÄCHTIGUNG und EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name)

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

bevollmächtige hiermit den Verein Bürgerkommission für Menschenrechte (in der Folge kurz BfM), die Informationen, die ich dem Verein BfM oder seinen Vertretern, bezüglich meines Wissens über psychiatrischen Missbrauch im Zuge mentaler Behandlung und jegliche weitere faktische Informationen oder Dokumentationen meine Person betreffend, die dem Verein BfM von mir oder auf meine Veranlassung hin von anderen Personen zur Verfügung gestellt wurden, zum Gegenstand von Berichten an die Regierung, in Dokumenten oder von Presseveröffentlichungen zu machen.

Die Missbräuche in psychiatrischen Einrichtungen oder im psychiatrischen Berufsstand, die durch meinen Fall illustriert sind, werden dadurch aufgezeigt und es wird eine Reform dieser Situation angestrebt. Dies bezieht sich auf jegliche Information soweit ich nicht ausdrücklich schriftlich niedergelegt habe, dass sie vertraulich zu behandeln ist.

Die obigen Informationen stehen in Zusammenhang mit meiner Krankheit und Behandlung und umfassen, ohne darauf beschränkt zu sein, Nachstehendes:  
aufgezeichnete Interviews, Fotografien, Briefe und Kopien medizinischer und/oder psychiatrischer Aufzeichnungen bezüglich Untersuchungen, Behandlungen oder Konsultationen einschließlich Aufnahme- und Entlassungspapieren, die Unterlagen zur medizinischen und psychiatrischen Krankengeschichte, Laborberichte, Röntgenbilder, Aufzeichnungen zur Medikation, Rechnungsbelege, Krankheitsstatistiken, Aufzeichnungen des Krankenhauses oder der Betreuungseinrichtung, Diät-Informationen sowie jegliche medizinische Berichte.



## **BÜRGERKOMMISSION FÜR MENSCHENRECHTE**

*Die Bürgerkommission für Menschenrechte untersucht und enthüllt Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie*

Mit einer namentlichen Erwähnung meiner Person im Rahmen der Veröffentlichung bin ich

a) einverstanden

b) nicht einverstanden.

Ich erkenne den Verein Bürgerkommission für Menschenrechte als eine Organisation für soziale Reformen an, deren Absicht es ist, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen zu untersuchen, dokumentieren und aufzudecken.

**Name der Patientin /des Patienten, Datum, Unterschrift**

---

**Name des Elternteils/Vormunds/Sachwalters (falls erforderlich), Datum, Unterschrift**

---

**Name des Zeugen/Notars, Datum, Unterschrift**

---

**Name des Vertreters des Vereins Bürgerkommission für Menschenrechte, Datum, Unterschrift**

---