



# BÜRGERKOMMISSION FÜR MENSCHENRECHTE

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

## Vollmacht zur Ausfolgung medizinischer Unterlagen

Name, Anschrift des Arztes und/oder des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betrifft den Patienten: \_\_\_\_\_

wohhaft in (Adresse zur Zeit der Behandlung): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeitpunkt/ Zeitraum der Behandlung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sie werden hiermit beauftragt, der Bürgerkommission für Menschenrechte, ihren ordnungsgemäßen Vertretern oder Angestellten alle medizinischen und/oder psychiatrischen Aufzeichnungen bezüglich Untersuchungen, Behandlungen oder Konsultationen meine Person betreffend auszuhändigen und zu kopieren. Dies schließt Aufnahme- und Entlassungsberichte, medizinische und psychiatrische Krankengeschichten, Laborberichte, Röntgenbilder, Aufzeichnungen des Krankenhauses und des Pflegepersonals, Diät-Anordnungen, jegliche andere medizinischen Berichte und die gesamten Aufzeichnungen meine Krankheit und Behandlung betreffend mit ein.

Hiermit werden Sie ausdrücklich von Ihrer Schweigepflicht entbunden.

Sobald die Bürgerkommission für Menschenrechte diese Unterlagen erhalten hat, kann sie diese gemäß den gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen kopieren und/oder bekannt machen.

Im vollen Bewusstsein meiner selbst gebe ich meine Zustimmung zu dieser Vollmacht. Der Patient hat das Recht, eine Kopie dieser Vollmacht zu erhalten.

**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**

\_\_\_\_\_