

KVPM Vollmacht für medizinische Unterlagen

Name des Arztes und/oder des Krankenhauses: _____

Betrifft den Patienten:

wohnhaft in (Adresse zur Zeit der Behandlung):

Zeitpunkt/ Zeitraum der Behandlung:

Sie sind hiermit dazu bevollmächtigt, der Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte e.V. (KVPM), seinen ordnungsgemäßen Vertretern oder Angestellten, alle medizinischen und/oder psychiatrischen Aufzeichnungen bezüglich Untersuchungen, Behandlungen oder Konsultationen des oben genannten Patienten auszuhändigen und zu kopieren. Dies schließt die Aufnahme- und Entlassungsberichte, medizinische und psychiatrische Krankengeschichte, Laborberichte, Röntgenbilder, Aufzeichnungen des Krankenhauses und der Schwestern, Diät-Informationen und jegliche andere medizinischen Berichte mit ein, ist jedoch nicht darauf beschränkt. Hiermit werden Sie insofern ausdrücklich von Ihrer Schweigepflicht entbunden.

Sobald die KVPM diese Unterlagen erhalten hat, kann sie diese gemäß den gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen kopieren und/oder bekanntmachen.

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

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Datum	Unterschrift (Elternteil/Vormund wenn nötig)
-------	--

Zeugen oder Notar:

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Datum	Unterschrift
-------	--------------