



**Ombudsstelle**  
für Flüchtlinge in Köln  
Neue Maastrichter Str. 12-14  
(Hinterhof), 50672 Köln  
Tel. 0221/1686520-7/-8  
Fax 0221/1686520-9  
<http://ombudsstelle.koeln>

## Vollmacht

### Ich

(Vorname Name) .....  
(Anschrift) .....  
(PLZ, Ort) .....

### erteile hiermit

Frau Raphaela Schneider (Ombudsfrau) und Herrn Thomas Zitzmann (Ombudsmann), Postanschrift: Ombudsstelle für Flüchtlinge in Köln, Neue Maastrichter Str. 12-14 (HH), 50672 Köln, Tel. 0221/1686520-7/-8, Fax 0221/1686520-9

in Sachen: (Name, Vorname) ..... /. Stadt Köln

wegen: **Beschwerdeverfahren**

### **Vollmacht, Auskünfte einzuholen bei Ämtern und Behörden, Ärzt(inn)en, Psychotherapeut(inn)en und anderen Stellen.**

Den vorgenannten Institutionen und Personen erteile ich mein Einverständnis zur Datenweitergabe an die Ombudspersonen.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Stadt Köln den Ombudspersonen Auskunft über die dort vorliegenden Sozialdaten sowie Gesundheitsdaten bzgl. meiner Person und die meiner Kinder

(Name, Vorname) ..... (geb. \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.)

(Name, Vorname) ..... (geb. \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.)

(Name, Vorname) ..... (geb. \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.)

erteilt. Dies schließt die direkte Auskunft des Gesundheitsamtes gegenüber der Ombudsstelle ein.

Soweit gesundheitliche Fragen und die medizinisch bzw. therapeutisch erforderliche Behandlung Gegenstand des Beschwerdeverfahrens sind, entbinde ich insbesondere behandelnde Ärzt(inn)en, behandelnde Psychotherapeut(inn)en und Ärzt(inn)en des Gesundheitsamts Köln von der Schweigepflicht.

Die Vollmacht umfasst insbesondere die Befugnis, mich zu Terminen zu begleiten und Auskünfte von den oben Bezeichneten einzuholen sowie Akteneinsicht zu nehmen.

Mir ist bekannt, dass ich die Erklärung jederzeit – auch ohne Angaben von Gründen – ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich wurde durch die Ombudsstelle ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Vollmacht, des Einverständnisses zur Datenweitergabe an die Ombudspersonen und der Schweigepflichtentbindung informiert.

.....  
(Ort, Datum)

▶ .....  
(Unterschrift) (ggf. Unterschrift d. gesetzl. Vertreters/-in)