Schweizer Paraplegiker Stiftung | Fondation suisse pour paraplégiques | Fondazione svizzera per paraplegici

Ombudsstelle der Schweizer Paraplegiker-Stiftung

Benno Büeler
ombudsstelle-paraplegie-benno.bueeler@bluewin.ch
Renata Wüest-Schwegler
ombudsstelle-paraplegie-renata.wueest@bluewin.ch

Ombudsstelle der Schweizer Paraplegiker-Stiftung – Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bzw. vom Berufsgeheimnis

Die Schweizer Paraplegiker-Stiftung (SPS) führt eine neutrale Beratungs- und Beschwerdestelle für die Anliegen von Betroffenen, Angehörigen und Mitarbeitenden. Sie hat beratende, vermittelnde und streitschlichtende Funktion. Die Ombudsstelle prüft ein beanstandetes Verhalten auf Zweckmässigkeit, Angemessenheit, Korrektheit und Billigkeit und unterbreitet innert angemessener Frist einen Lösungsvorschlag. Die Beratung ist unentgeltlich.

Die Ombudsperson nimmt die Anliegen schriftlich oder persönlich entgegen. Sie kann bei der SPS und ihren Gruppengesellschaften Stellungnahmen und Auskünfte einholen. Zu diesem Zweck ist eine Entbindung des Arztgeheimnisses bzw. des Berufsgeheimnisses notwendig.

Mit nachfolgender Unterschrift entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Hilfspersonen des Schweizer Paraplegiker-Zentrums gegenüber der Ombudsstelle der Schweizer Paraplegiker-Stiftung vom ärztlichen Berufsgeheimnis. Gleichzeitig entbinde ich die weiteren Fachpersonen der Schweizer Paraplegiker-Gruppe von ihrem Berufsgeheimnis gegenüber der Ombudsstelle der Schweizer Paraplegiker-Stiftung.

Zudem nehme ich folgende Abgrenzung zur Kenntnis:
Die Ombudsstelle ist keine Gerichtsinstanz. Deshalb hat die Ombudsperson **keine Entscheidungsbefugnis**. Das bedeutet, Urteile von Gerichten können von ihr nicht aufgehoben oder korrigiert werden. Dafür steht der Rechtsweg offen. Allfällige Fristen in laufenden rechtlichen oder prozessualen Verfahren werden durch den Beizug der Ombudsstelle nicht unterbrochen oder ausgesetzt (**wahrt keine Fristen**). Da die Ombudsperson objektiv und neutral ist, kann sie auch **keine Parteivertretungen** übernehmen.

Ich habe die obigen Informationen verstanden und erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

.....	.....
Ort, Datum	Eigenhändige Unterschrift
	.....
	Name Vorname
	.....
	Geburtsdatum
	.....
	Adresse
	.....
	PLZ, Wohnort