



## VOLLMACHT ZUR EINHOLUNG VON AUSKÜNFTE

---

### Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber

---

Vorname:

Geburtsdatum:

Name:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

---

### Bevollmächtigte Personen des Schlossgarten Riggisberg

---

Arzt/Ärztin:	Ja	Nein
Psychiater/Psychiaterin:	Ja	Nein
Führungspersonen:	Ja	Nein

---

Die Bevollmächtigten, am Behandlungsprozess direkt beteiligten Personen werden berechtigt, von den nachfolgend aufgeführten Stellen und Personen Informationen einzuholen, die zur Abklärung meines Gesundheitszustandes erforderlich sind.

Die unten aufgeführten Stellen und Personen werden ermächtigt, dem/der/den Bevollmächtigten die entsprechenden Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zukommen zu lassen. Soweit eine Schweigepflicht besteht, werden die betroffenen Personen für die Auskunftserteilung davon befreit.

Diese Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden.

Nachfolgende Stellen und Personen:

---

---

---

---

---

---

### Unterschrift Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber

---

Ort, Datum:

Unterschrift:

---