

Vollmacht

Bevollmächtigte Person

| | |
|----------------|--|
| Name/Vorname | |
| Adresse | |
| PLZ, Ort | |
| Geburtsdatum | |
| Telefon | |
| E-Mail-Adresse | |
| Beziehungsart | |

Ich bevollmächtige die aufgeführten Personen

- Auskünfte jeglicher Art einholen, dies umfasst auch besonders schützenswerte Daten (inkl. Patientendokumentation, Vitaldaten, Verlaufsberichte etc.)
- Persönliche Angaben ändern (z. B. Name, Zivilstand, Adresse, Bankverbindung)
- Ich wünsche, dass die Korrespondenz der Spitex Knonaueramt an oben genannte Person zugestellt wird.

JA

NEIN

Vollmachtgeber:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Die Vollmacht ist gültig bis auf Widerruf.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Vollmachtsformular an folgende Adresse:
Spitex Knonaueramt Werkstrasse 1, 8910 Affoltern a.A.