



# VOLLMACHT ZUR EINHOLUNG VON AUSKÜNFTE

## Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber

---

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

## Bevollmächtigte Person/en des Schlossgarten Riggisberg

---

Psychiater/Psychiaterin: \_\_\_\_\_

Heimarzt/Heimärztin: \_\_\_\_\_

Geschäftsleitungsmitglied/er: \_\_\_\_\_

Der/die Bevollmächtigte/n wird/werden berechtigt, von den nachfolgend aufgeführten Stellen und Personen Informationen einzuholen, die zur Abklärung meines Gesundheitszustandes erforderlich sind.

Die 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 ist auf sechs Monate begrenzt und kann jederzeit widerrufen werden.

---

---

---

---

---

## Unterschrift Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_