



# VOLLMACHT

Ich bevollmächtige

die Mitarbeiter\*innen der PATIENTENSTELLE Graubünden & Ostschweiz,

in Sachen Name: ..... geboren am: .....

Adresse.....

betreffend Krankheit ab .....

sämtliche Auskünfte einzuholen und mich zu vertreten.

Damit entbinde ich alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, namentlich Ärzte und Ärztinnen, Medizinalpersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen von ihrer beruflichen Schweigepflicht gegenüber der Bevollmächtigten oder einer von Ihnen näher bezeichnete Person.

Ort, Datum:

.....

.....

Die Vollmachterteilende Person

.....