

Entbindung der Schweigepflicht

Vollmachtserklärung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ich entbinde Ärzte, medizinisches Personal, Spitäler, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen von ihrer beruflichen Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitenden der Lebensart Oberburg.

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/in
