

Vollmacht Herausgabe medizinische Daten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse/Ort:

bevollmächtigt

die Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG, Guido A. Zäch Strasse 1, 6207 Nottwil,

zur

Herausgabe der medizinischen Krankenakte (in Kopie; das Original verbleibt bei der Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG)

im Zusammenhang mit

Ereignis vom (Unfall oder Krankheit)

an

(Klinik, Praxis, Arzt etc.)

....., den
Ort Datum

.....
Unterschrift

Die Vollmacht wird nur in Bezug auf die medizinischen Akten, die im Zusammenhang mit dem vorstehend erwähnten Ereignis erstellt wurden und ausschliesslich im Hinblick auf die Aushändigung an die oben genannte Institution erteilt.