**Vollmacht**

Ich,

Name / Vorname:

Geb.:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Erteile hiermit per sofort Vollmacht an:

Name / Vorname:

Funktion:

Sozial- und Beratungsdienst:

zur Wahrung meiner Interessen betreffend:

Die Vollmachtnehmer/in ist ermächtigt, die zur Klärung meiner Situation alle relevante Informationen einzuholen und mich zu vertreten bei:

[ ]  Arzt/ Spital:

[ ]  Sozialamt:

[ ]  Versicherung:

[ ]  Behörden:

[ ]  Pensionskasse:

[ ]  Rechtsvertreter/in, Anwältin/Anwalt:

[ ]  Weitere Institutionen oder Personen:

[ ]  Andere:

Soweit eine spezielle Schweigepflicht besteht, werden die betroffenen Personen für die Auskunftserteilung davon befreit. Diese Vollmacht ist zeitlich auf die Dauer des Auftrages begrenzt, längstens jedoch auf zwei Jahre. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Ort/Datum:

Vollmachtgeber/in: Bevollmächtigte/r:

[Unterschrift] [Unterschrift]