

## Vollmacht

Bitte drucken Sie das Formular aus und senden Sie es uns ausgefüllt per Post oder Fax zu. Dieses Dokument kann nicht elektronisch ausgefüllt werden.

Hiermit entbinde ich

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Heimatort / Nationalität \_\_\_\_\_

folgenden Arzt / Ärztin, medizinischen Leistungserbringer

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

Institut \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

von der Schweigepflicht gegenüber rH realHealth Center Nottwil AG,  
Kantonsstrasse 46, 6207 Nottwil im Hinblick auf die Abklärung im realHealth  
Center die gesamte Dauer des rH Assessments.

Ich bitte um die Sendung der vorhandenen Berichte, Laborbefunde und  
Röntgenbilder an rH realHealth Center Nottwil AG, Kantonsstrasse 46, 6207  
Nottwil (Fax-Nr. +41 41 939 26 51).

Ort, Datum:

Unterschrift des Vollmachterteilers  
oder des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_