

Vollmacht Abtretungserklärung

Hiermit ermächtige ich, die erbrachten Leistungen für die Aufenthalte im Haus Herbschtytlos in Mauensee, den unten angegebenen Kostenträgern (Krankenkasse und Gemeinde) direkt in Rechnung zu stellen.

Gast

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse, Nr. _____

PLZ / Ort _____

vertreten durch _____

Krankenkasse

Name _____

Strasse/ - Nr. _____

PLZ / Ort _____

Krankenkasse/ - Nr. _____

Ausserdem erteile ich der Herbschtytlos AG die Erlaubnis, relevante Dokumente der Krankenkasse weiterzuleiten.

Wohnsitzgemeinde

Name _____

Zusatz _____

Strasse, Nr. _____

PLZ / Ort _____

AHV - Nr. _____

(Im Sinne von Art. 164 ff. OR)

Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass der Vertrauensarzt der Herbschtytlos AG die medizinische Akte einsehen darf. Des Weiteren ist die Herbschtytlos AG ermächtigt, medizinische Informationen in meinem Interesse weiterzuleiten.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____