



Case Management Daniel Leuzinger

Case Manager HSL
Sozialversicherungsfachmann eidg. FA
Personalfachmann eidg. FA

Schachenstrasse 82
8645 Jona
Tel. +41 78 639 34 43
info@casemanagement-dl.ch
www.casemanagement-dl.ch

Vollmacht und Befreiung von der Schweigepflicht

Der Unterzeichnende

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

geb. am _____

erteilt hiermit Case Management Daniel Leuzinger die Vollmacht, ihn hinsichtlich aller Angelegenheiten, welche im Zusammenhang mit seiner medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration notwendiger- und nützlicherweise vorzukehren sind, gegenüber Dritten, insbesondere Privat- und Sozialversicherungen, Behörden, Arbeitgebern, Ärzten und Spitälern zu vertreten.

Der Unterzeichnende entbindet Ärzte, Spitäler, Sozial- und Privatversicherer, Behörden, Arbeitgeber und sonstige Dritte von ihrer vertraglichen oder gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Case Management Daniel Leuzinger, soweit diese im Rahmen ihres Rehabilitationsauftrages handelt.

Die Richtlinien von Case Management Daniel Leuzinger vom 1. Oktober 2011 sind Bestandteil des Auftragsverhältnisses. Mit der Unterzeichnung dieser Vollmacht wird dies vom Unterzeichnenden bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift