

Bearbeitungsvollmacht

(sofern gewünscht)

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln soll für Sie so einfach wie möglich sein. Um Ihren Alltag zu erleichtern, können Dritte (zum Beispiel Pflegekräfte) die Versorgung der Pflegehilfsmittel für Sie koordinieren. Dadurch können diese Personen beispielsweise Anpassungen an Ihrer bedarfsgerechten Versorgung vornehmen.

Wenn Sie möchten, dass Dritte die Koordination der Pflegehilfsmittel für Sie übernehmen, füllen Sie bitte diese Bearbeitungsvollmacht aus.

Hiermit ermächtige ich als Versicherte/r

Daten der pflegebedürftigen Person

Anrede: ☐ Frau ☐ Herr

Vor- und Nachname:

Telefon-/Mobilfunknummer:

E-Mail-Adresse:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

folgende Person(en)

Daten des/der Bevollmächtigten (Nennung mehrerer Personen möglich)

Institution:

Vor- und Nachname:

Telefon-/Mobilfunknummer:

E-Mail-Adresse:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Institution:

Vor- und Nachname:

Telefon-/Mobilfunknummer:

E-Mail-Adresse:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

rechtsverbindliche Erklärungen im Zusammenhang mit meiner Versorgung mit Hilfsmitteln zum Verbrauch in meinem Namen abzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r*

(* Im Sinne einer gesetzlichen Vertretung, nicht die zur Bearbeitung bevollmächtigte Person)