VOLLMACHT

ZUR UNTERZEICHNUNG VON LIEFERBESCHEINIGUNGEN FÜR PFLEGEHILFSMITTEL ZUM VERBRAUCH

Vollmachtgeber

Name

Straße

PLZ, Ort

Pflegekasse

Versicherungs-Nr.

Pflegeperson

Name

Straße

PLZ, Ort

Vollmachtnehmer

Pflegedienst/Sozialstation

Name 1

Name 2

Straße

PLZ, Ort

Hiermit bevollmächtige ich als Vollmachtgeber oben genannten Vollmachtnehmer die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

Ort, Datum

Unterschrift