proSenio pflegebox

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 Versicherter/Angehöriger/Betreuer