



# VOLLMACHT

## VOLLMACHTGEBER

Herr  Frau

Vorname

Nachname

Straße/ Hausnummer

PLZ / Ort

Versichertennummer

Pflegekasse

## ANGEHÖRIGE(R)/PFLEGEPERSON

Herr  Frau

Vorname

Nachname

Straße/ Hausnummer

PLZ / Ort

Telefonnummer / Email

## VOLLMACHTNEHMER

Pflegedienst/Sozialstation

Name 1

Name 2

Straße/ Hausnummer

PLZ / Ort

Telefonnummer / Email

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

Ort, Datum

Unterschrift

