



Vollmacht

Vollmachtgeber

Vorname

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Pflegekasse

Versicherten-Nr.

Pflegende Person

Vorname

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Vollmachtnehmer

Pflegedienst/Sozialstation

Name

Straße/Nr.

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 des Angehörigen/des gesetzlichen Betreuers