

## Vollmacht

Ich,

(Vollmachtgeber/in)

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Adresse

---

Telefon, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

(Bevollmächtigte Person)

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Adresse

---

Telefon, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe.

- Bestellung/Abholung von Rezepten, Überweisungen, Verordnungen und Arztbriefe bei meinem behandelnden Arzt
- Schriftverkehr mir Behörden, Rentenversicherungsträgern, Versicherungen, Sozialleistungsträgern und Krankenkassen.
- Beantragung von Leistungen bei der Krankenkasse und Pflegekasse
- Organisation und Vertrag von ambulanten Leistungen
- Abholung/Bestellung von Hilfsmitteln im Sanitätshaus/Orthopädiefachhandel