

VOLLMACHT

Für die versicherte Person (zu versorgende Person)

Vorname und Nachname

Wohnhaft (Straße und Hausnr./Postleitzahl/Wohnort)

Geboren am

vertreten durch (Eltern, Erziehungsberechtigte, gesetzlicheR BetreuerIn)

Vorname und Nachname

Wohnhaft (Straße und Hausnr./Postleitzahl/Wohnort)

bevollmächtige/n ich/wir die folgende Person (LehrerIn, TherapeutIn etc.)

Vorname und Nachname

Funktion

Ggf. Einrichtung

Straße und Hausnr./Postleitzahl/Ort

mit der

- Entgegennahme der Beratung für eine Kommunikationshilfe bzw./und Umfeldsteuerung, behindertengerechte PC-Eingabehilfe mit Aufklärung und Abgabe der Erklärung zu mehrkostenfreien bzw.-pflichtigen Hilfsmitteln nach §33 SGB V
- Beauftragung zur Beantragung eines Hilfsmittels
- Entgegennahme der von REHAVISTA durchgeführten Auslieferung und Einweisung des genehmigten Hilfsmittels:

- Entgegennahme der Instandsetzung/Reparatur oder Wartung des Hilfsmittels incl. Zubehör:

- Abgabe der Erklärung zur Einwilligung in die Datenverarbeitung und -speicherung

Die o. g. bevollmächtigte Person wird ausdrücklich von den gesetzlichen VertreterInnen/Erziehungsberechtigten bevollmächtigt, die o. g. Leistungen für die als zu versorgend benannte Person an- und entgegenzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift VersicherteR/gesetzlicheR VertreterIn/BetreuerIn