

Empfangsvollmacht

Für ambulanten Dienst



Hand in Hand

Wir möchten Ihnen den Umgang mit Ihren kostenfreien Pflegehilfsmitteln so einfach wie möglich gestalten. Daher bieten wir Ihnen mit dieser Empfangsvollmacht an, die monatlich notwendige Unterschrift zum Erhalt der Pflegehilfsmittel an Pflegehilfsmittel Hand in Hand zu übertragen.

Die Vollmacht ist ausschließlich für den Erhalt von Pflegemittel Hand in Hand gültig.

Hiermit ermächtige ich:

Versicherte/r (Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder)

Herr Frau Vorname* _____ Nachname* _____
Straße, Nr.* _____ Telefon/Mobil _____
PLZ, Ort* _____ E-Mail _____

Pflegedienst

Name Pflegedienst _____
Straße, Nr.* _____
PLZ, Ort* _____

die monatliche Lieferung an Pflegemitteln der Firma anzunehmen und die Empfangsbestätigung zu unterzeichnen.

Der Pflegehilfsmittel Hand in Hand ist somit berechtigt, die von mir bestellten Produkte, mit schuldbefreiender Wirkung an alle Mitarbeiter und Stellvertreter der oben genannten Organisation zu liefern. Ab der Übergabe trage ich somit das Risiko für den Untergang oder Verlust der Ware. In diesem Zusammenhang stimme ich zu, dass die Pflegehilfsmittel Hand in Hand sowohl personenbezogene als auch Gesundheitsdaten an den von mir bevollmächtigten Pflegedienst weitergeben kann, soweit dies für die Annahme der Pflegeboxen nötig ist. Sofern ich die oben genannte Empfangsvollmacht für einen Dritten, z.B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der Pflegehilfsmittel Hand in Hand diese Vollmacht jederzeit vorlegen. Ist dies nicht der Fall, erkenne ich hiermit an, dass ich unter Umständen schadenersatzpflichtig sein kann.

Datum **X** _____ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) **X** _____