

Vollmacht

Bitte senden Sie die unterschriebene Vollmacht schnellstmöglich zurück an:

REHAVISTA GmbH
Konsul-Smidt-Straße 8c
28217 Bremen

Die weiteren Schritte zur Beantragung des Hilfsmittels können sich verzögern,
solange uns das unterschriebene Dokument nicht vorliegt.

Versicherter (mit einem Hilfsmittel zu versorgende Person)		VertreterIn (Eltern, Erziehungsberechtigte, gesetzliche Betreuungspersonen)	
Vor- und Nachname:		Vor- und Nachname:	
Straße:		Straße:	
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:	
Kunden-ID:	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):	PLZ, Ort:	

Hiermit bevollmächtige ich die folgende Person (LehrerIn, TherapeutIn ...)

Vor- und Nachname:
Funktion:
Ggf. Einrichtung:
Straße:
PLZ, Ort:

oder

Vor- und Nachname:
Funktion:
Ggf. Einrichtung:
Straße:
PLZ, 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 incl. Beauftragung zur Beantragung eines Hilfsmittels und Abgabe der Erklärung zur Einwilligung in die Datenverarbeitung und Speicherung.
- Entgegennahme der Auslieferung und Einweisung** des genehmigten Hilfsmittels inklusive Abgabe der Erklärung zur Einwilligung in die Datenverarbeitung und Speicherung.
- Entgegennahme der Instandsetzung/Reparatur oder Wartung** des Hilfsmittels incl. Zubehör.

Interne Infos zur Zuordnung (Anfrage-Nummer, Hilfsmittel):

--

Der/die oben genannte Bevollmächtigte wird ausdrücklich bevollmächtigt, die oben genannten Leistungen für die zu versorgende Person an- und entgegenzunehmen.

Ort, Datum:
Unterschrift VersicherteR/VertreterIn