

# 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.

<b>Versicherter</b> (mit einem Hilfsmittel zu versorgende Person)		<b>VertreterIn</b> (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