

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,
bis uns das unterschriebene Dokument vorliegt.

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

Hiermit bevollmächtige ich die folgenden Personen (Lehrer:in, Therapeut:in ...)

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

oder

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

ZUR

- 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 inkl. 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** des Hilfsmittels inkl. Zubehör.

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

--

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

Ort, Datum:
Unterschrift Versicherte:r/Vertreter:in