

BEVOLLMÄCHTIGUNG FÜR EINE HILFSMITTELBERATUNG

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist die nachstehende Bevollmächtigung **VOR** der Beratung auszufüllen, wenn:

- die zu beratende Person noch nicht volljährig ist und keine gesetzliche Vertretung (Eltern / Erziehungsberechtigte / gesetzliche Betreuer_innen) bei der Beratung anwesend sein kann.
- die zu beratende Person zwar volljährig ist, aber eine gesetzliche Vertretung / Betreuung hat, die nicht an der Beratung teilnehmen kann.

Bitte schicken Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular vor der Beratung zurück.

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

1. Herr / Frau (Vollmachtgeber_in - z.B. Erziehungsberechtigte, gesetzliche_r Betreuer_in etc.)

Vorname, Nachname

wohnhaft in (Straße/Postleitzahl/Wohnort)

2. Herr / Frau (bevollmächtigte Person - z.B. Lehrer_in, Logopäd_in etc.)

Vorname, Nachname

Funktion

ggf. Einrichtung

Straße/Postleitzahl/Ort

3. für Herr / Frau / Kind (zu versorgende Person)

(bitte nur ausfüllen, wenn der Vollmachtgeber nicht mit der zu versorgenden Person identisch ist)

Vorname, Name, Geburtsdatum

wohnhaft in (Straße/Postleitzahl/Wohnort)

- zur Entgegennahme einer Beratung durch die RehaMedia GmbH & Co. KG
- nach Bewilligung zur Entgegennahme der Auslieferung des beantragten Hilfsmittels
- die Einweisung durch die RehaMedia GmbH & CO. KG entgegenzunehmen

Die o. g. Person (2) wird ausdrücklich von den gesetzlichen Vertreter_innen / Erziehungsberechtigten (1) bevollmächtigt, die Leistungen für die unter (3) genannte Person an- und entgegenzunehmen. Es wird zudem versichert, dass eine zeitnahe Weitergabe von wichtigen Informationen, die zu den Leistungen gehören, an die gesetzlichen Vertreter_innen / Erziehungsberechtigten erfolgen wird.

Bitte beachten Sie, dass zum Zwecke der Versorgung ein Datenaustausch mit der bevollmächtigten Person stattfindet (z.B. Informationsaustausch zum Verlauf der Beantragung, wie z.B. Ablehnungen, Teilbewilligungen, Informationen der Krankenkasse etc.)

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter_in / Erziehungsberechtigte_r