

## ZUR UNTERZEICHNUNG VON LIEFERBESCHEINIGUNGEN FÜR PFLEGEHILFSMITTEL ZUM VERBRAUCH

### Vollmachtgeber

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Pflegekasse \_\_\_\_\_

Versicherern-Nr. \_\_\_\_\_

### Pflegeperson

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Vollmachtnehmer

Pflegedienst/Sozialstation \_\_\_\_\_

Name 1 \_\_\_\_\_

Name 2 \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich als Vollmachtgeber oben genannten Vollmachtnehmer die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift