

**Hinweis:** Bitte nur ausfüllen, sofern die Lieferadresse der/ des Pflegebedürftigen abweicht.

## VOLLMACHT

zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen

VOLLMACHTGEBER	
Name	
Anschrift	
Pflegekasse	
Versicherungs-Nr.:	

VOLLMACHTNEHMER	
Name	
Anschrift	

Hiermit erteile ich Vollmacht, die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

Ort, Datum



Unterschrift