

EMPFANGSVOLLMACHT

Um den Umgang mit Ihren kostenfreien Pflegehilfsmitteln möglichst einfach zu gestalten, stellen wir Ihnen diese Empfangsvollmacht zur Verfügung. Damit haben Sie die Möglichkeit, die monatlich erforderliche Unterschrift für den Erhalt der Pflegehilfsmittel auf Ihren ambulanten Pflegedienst zu übertragen. Bitte beachten Sie, dass die Vollmacht ausschließlich für den Erhalt des Hygienepakets gültig ist.

Diesen Antrag können Sie auch digital ausfüllen.

Hiermit ermächtige ich:

Versicherter:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail

Pflegegrad

 1 2 3 4 5

Pflegedienst:

Name des Pflegedienstes

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

die monatliche Lieferung des Hygienepakets anzunehmen und die Empfangsbestätigung zu unterzeichnen.

Name und Anschrift

hygienepaket c/o semamed GmbH
Überseeallee 1
20457 Hamburg

Kontakttden

Tel.: **0800 - 816 816 0**
Email: **hallo@hygienepaket.de**

Institutionskennzeichen

330205882

Die semamed GmbH ist berechtigt, die von mir bestellten Produkte an alle Mitarbeiter und Stellvertreter der genannten Organisation mit schuldbeitreitender Wirkung zu liefern. Ab der Übergabe trage ich das Risiko für den Untergang oder Verlust der Ware. In diesem Zusammenhang stimme ich zu, dass die semamed GmbH sowohl personenbezogene als auch Gesundheitsdaten an den von mir bevollmächtigten Pflegedienst weitergeben kann, sofern dies für die Annahme des Hygienepakets erforderlich ist.

Wenn ich die oben genannte Empfangsvollmacht für einen Dritten, beispielsweise eine pflegebedürftige Person, erteile, versichere ich, dass mich die betreffende Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat. Ich kann der semamed GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen. Falls dies nicht der Fall ist, erkläre ich hiermit, dass ich unter Umständen schadenersatzpflichtig sein kann.

X

(Datum, Ort und Unterschrift der/des Versicherten) bzw. Bevollmächtigten