

Vollmacht

Hiermit ermächtige ich,

Frau/Herr.....

geboren am.....,

wohnhaft.....,

.....Mitgl.Nr.

Frau

|

A. Ulrike Sengbusch-Hermani

examinierte Krankenschwester, freiberuflich tätig und in HH zugelassen

Bebelallee 17, 22299 Hamburg

mobil: 0173 60 70 456, mail: aus@sengbusch.ch

www.pflege-beratung.hamburg

alle Fragen meine Kranken- und Pflegeversicherung betreffend für mich zu klären und ggf. Anträge zu stellen, Rezepte und Verordnungen entgegenzunehmen, diese entsprechend einzulösen und beim Versorgungsamt Anträge zu stellen. Die Vollmacht beinhaltet auch allen Schriftverkehr, Datenaustausch und -weitergabe.

Diese Vollmacht wird bis auf Widerruf erteilt.

Hamburg,

Unterschrift Klient

Ulrike Sengbusch-Hermani