

## Vollmacht /

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)



**Vollmachtgeber (Kunde bzw. Versicherter)**

Kundennummer: \_\_\_\_\_

#### Angaben des Kunden

|                    |  |
|--------------------|--|
| Vor- und Nachname  |  |
| Straße und Hausnr. |  |
| PLZ / Ort:         |  |
| Geburtsdatum       |  |

#### **Bevollmächtigter (Angehöriger, Pflegedienst, Heim u. ähnliche Einrichtungen sowie Nachbarn)**

(Bitte unter „Funktion“ eintragen)

|                     |  |
|---------------------|--|
| Funktion:           |  |
| Vor- und Nachname:  |  |
| Straße und Hausnr.: |  |
| PLZ / Ort:          |  |
| Telefonnummer:      |  |
| E-Mail:             |  |

#### **Vollmachtgeber (Kunde oder gesetzlicher Vertreter)**

Ich erteile eine Vollmacht für oben genannten Bevollmächtigten und willige ausdrücklich **in die unten angekreuzten Hilfestellungen / Dienstleistungen** ein. Die Vollmacht berechtigt in meinem Namen / als Vertretung meiner Person dazu, folgende Aufgaben auszuführen:

#### **Bitte zutreffende Hilfestellung / Dienstleistung ankreuzen:**

ja  nein **Bestellung von Ware** bei der Hauschild Hygieneprodukte GmbH **für mich in meinem Namen.**

ja  nein **Paketannahme** für Pakete, welche durch die Firma Hauschild Hygieneprodukte GmbH an mich gesandt wurden/werden, sowie Auskunftserteilung über deren Verbleib.

#### **Austausch über alle relevanten Daten / Dokumente, die zur medizinischen Versorgung des**

ja  nein Vollmachtgebers notwendig sind, zum Beispiel Rezepte, Dokumentationsbögen, Gutachten, ärztliche Atteste oder Pflegehilfsmittel  
*Es handelt sich um die Weitergabe Ihrer med. Daten gemäß Art. 9 DSGVO. Wählen Sie Ihren Bevollmächtigten sorgfältig aus.*

ja  nein **Auskunft und Versand von buchhalterischen Vorgängen (Telefon, Post, E-Mail)**  
*Es handelt sich um vertrauliche Daten. Wählen Sie den Bevollmächtigten bitte sorgfältig aus.*

Diese Vollmacht kann durch mich jederzeit für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die bisherige Datenverarbeitung betrifft den Widerruf jedoch nicht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber (Kunde o. gesetzlicher Vertreter)

Bitte Betreuungsausweis zusenden

#### **Bevollmächtigter**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Verarbeitung von der Firma Hauschild Hygieneprodukte GmbH gespeichert werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit gegenüber der Firma Hauschild Hygieneprodukte GmbH mit Geltung für die Zukunft widerrufen. Ich habe die Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigter