

## PERSÖNLICHE ANGABEN DER VOLLMACHTGEBERIN/DES VOLLMACHTGEBERS

Name, Vorname	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Krankenversicherungsnummer lt. aktueller Versicherungskarte	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>

## Ich bevollmächtige

### VOLLMACHTNEHMER(IN)/BEVOLLMÄCHTIGTE(R)

Name, Vorname	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

**mich in allen Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber der BKK MAHLE/BKK MAHLE Pflegekasse zu vertreten.**

Der gesamte Schriftverkehr ist mit  zu führen.  ja  nein

**Die Vollmacht gilt bis zu meinem schriftlichen Widerruf.**

Ich erteile die Vollmacht freiwillig.

Datum

Unterschrift



#### Wichtig für Sie:

Weitere Informationen zum Thema Betreuungsrecht/Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht erhalten Sie auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Justiz und für Verbraucherschutz.