

Vollmacht

für Zwecke der Sozialversicherung

Vollmachtgeber/in (Patient/in)

Vollmachtnehmer/in (Therapeut/in)

Name

Name

Vers. Nr.:

Straße

Straße

Plz:

Plz:

Ort:

Ort:

Hiermit bevollmächtige ich den Vollmachtnehmer/in,

- dem zuständigen Sozialversicherungsträger alle **Auskünfte zu erteilen**, die zur Beantragung des Patientencodes und zur Abrechnung meiner Behandlung erforderlich sind. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Daten: Persönliche Angaben (Name, Versicherungsnummer), Angaben zum Versicherungsverhältnis (aufrechte Versicherung, zuständiger Krankenversicherungsträger), Anzahl bereits konsumierter bewilligungsfreier Stunden, Angaben über aktuelle und vergangene Abrechnungen (Name früherer TherapeutInnen, letzte Termine, letzte Abrechnungsform), erfolgte oder beabsichtigte Antragstellung auf Sachleistung für wirtschaftlich Schwache (WS-Antrag), etc.
- vom zuständigen Sozialversicherungsträger sämtliche **Auskünfte einzuholen**, die zur Beantragung des Patientencodes und zur Abrechnung meiner Behandlung benötigt werden. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Daten: Persönliche Angaben (Name, Versicherungsnummer), Angaben zum Versicherungsverhältnis (aufrechte Versicherung, zuständiger Krankenversicherungsträger), Anzahl bereits konsumierter bewilligungsfreier Stunden, Angaben über aktuelle und vergangene Abrechnungen (Name früherer TherapeutInnen, letzte Termine, letzte Abrechnungsform), erfolgte oder beabsichtigte Antragstellung auf Sachleistung für wirtschaftlich Schwache (WS-Antrag), etc.

Sowohl der/die Vollmachtgeber/in als auch der/die Vollmachtnehmer/in verpflichten sich, dass eine vorzeitige Auflösung des Vollmachtverhältnisses unverzüglich, längstens jedoch binnen sieben Tagen dem jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger bekanntgegeben wird, um eine unzulässige Auskunftserteilung zu verhindern.

Die Vollmacht wurde gegeben am:

.....
Unterschrift Vollmachtgeber/in

.....
Unterschrift Vollmachtnehmer/in