

Vollmacht

zur Vertretung gegenüber der Medimobil Fahrservice GmbH in Angelegenheiten der Krankenförderung

1. Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber

Die Person, die befördert wird und diese Vollmacht erteilt.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Krankenkasse _____

2. Bevollmächtigte / Bevollmächtigter

Die Person, die vertreten darf.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Verhältnis zu mir (z. B. Tochter, Ehemann) _____

3. Umfang der Vollmacht

Ich bevollmächtige die unter 2. genannte Person, mich gegenüber der Medimobil Fahrservice GmbH in allen Angelegenheiten meiner Krankenförderung zu vertreten. Die Vollmacht umfasst insbesondere, für mich und in meinem Namen:

- Krankenfahrten zu bestellen, zu ändern und abzusagen – telefonisch und über das Patientenportal
- das Patientenportal unter portal.medimobil.de zu nutzen
- Verordnungen (Muster 4), Genehmigungen, Befreiungsausweise und sonstige Unterlagen einzureichen
- Auskünfte über meine Fahrten, Rechnungen und Zuzahlungen entgegenzunehmen
- Rechnungen einzusehen und Zahlungen für mich zu veranlassen
- mit Medimobil über meine Krankenförderung zu kommunizieren

Diese Vollmacht gilt ausschließlich gegenüber der Medimobil Fahrservice GmbH.

4. Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde die Medimobil Fahrservice GmbH und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umfang dieser Vollmacht von der Schweigepflicht. Medimobil darf der bevollmächtigten Person alle Angaben mitteilen, die zur Wahrnehmung dieser Vollmacht erforderlich sind. Dazu gehören auch Angaben zu meiner Beförderungsart (Tragestuhl oder liegend), zu meinem Pflegegrad, zu Merkzeichen in meinem Schwerbehindertenausweis und zu ärztlichen Verordnungen.

5. Dauer und Widerruf

Diese Vollmacht gilt ab dem Tag der Unterzeichnung bis auf Widerruf.

Ich kann sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen – schriftlich, per E-Mail oder telefonisch gegenüber Medimobil. Der Widerruf wirkt, sobald er bei Medimobil eingegangen ist.

Diese Vollmacht ist keine Vorsorgevollmacht und keine Betreuungsverfügung. Sie regelt allein die Vertretung gegenüber Medimobil in Angelegenheiten der Krankenförderung.

6. Unterschriften

Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber:

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber

Ich nehme die Vollmacht an:

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Bevollmächtigte / Bevollmächtigter
---------------------	--

So reichen Sie die Vollmacht ein

- Bitte senden Sie die unterschriebene Vollmacht zusammen mit einer Kopie des Personalausweises der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers (Vorder- und Rückseite). Nur so können wir die Unterschrift prüfen.
- Am einfachsten laden Sie beides im Patientenportal hoch: portal.medimobil.de, Bereich „Dokumente“. Sie können uns die Unterlagen auch per Post schicken.
- Die Ausweiskopie löschen wir, sobald wir Ihren Zugang freigeschaltet haben – sie wird nicht weiter aufbewahrt. Die Vollmacht bewahren wir auf, solange sie gilt.
- Kann die Vollmachtgeberin oder der Vollmachtgeber nicht mehr selbst unterschreiben, ist dieses Formular nicht das richtige. Sprechen Sie uns bitte an – dann benötigen wir eine Vorsorgevollmacht oder einen Betreuerausweis.