

Vollmacht gegenüber der Kranken- und Pflegekasse

Hiermit ermächtige ich meine Kranken- und Pflegekasse
_____ (Name), den Mitarbeitenden der Pflege-
einrichtungen **Wichern Haus** (IK 510308819), **Heiligen-Geist-Stift Im Hülsen** (IK
510305008) und **Heiligen-Geist-Stift Im Hülsen-Demenz** (IK 510306715) auf
Anfrage Auskunft in allen Belangen zu erteilen.

Versicherte Person _____

geboren am _____

Versichertennummer: _____

Uelzen, den _____

(Unterschrift Bewohner:in / gesetzliche Vertretung)