
Name der vollmachtgebenden Person

geb. am

Straße / Hausnummer

Versichertennummer

PLZ / Ort

Telefon / Kontakt

Name der Krankenkasse

Straße (Adresse Hauptsitz)

PLZ / Ort (Hauptsitz)

Empfangsvollmacht für die elektronische Gesundheitskarte

Hiermit erteile ich

Name, Vorname

ggf. Firma

(Postanschrift der empfangsbevollmächtigten Person)

eine Empfangsvollmacht für die elektronische Gesundheitskarte.

Diese Empfangsvollmacht gilt nur für den ersten und einmaligen Versand
der elektronischen Gesundheitskarte.

Ort, Datum

Unterschrift vollmachtgebende Person