Hauptsitz:
KE!N EINZELFALL e.V.
Schiffbeker Höhe 30
22119 Hamburg

Unsere Landesstellen:
Bayern I Berlin
Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein

Vollmacht zur Vertretung, Akteneinsicht und Schweigepflichtentbindung

Vollmachtgeber/in

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail / Telefon: _____

Behörde / Institution / Leistungsträger: _____

Angelegenheit / Verfahren: _____

Aktenzeichen / Geschäftszeichen: _____

Hiermit bevollmächtige ich

KE!N EINZELFALL e. V.
Schiffbeker Höhe 30
22119 Hamburg

mich in der oben bezeichneten Angelegenheit außergerichtlich zu vertreten, soweit dies gesetzlich zulässig ist.

Die Vollmacht umfasst insbesondere das Recht,

[ ] Anträge zu stellen, zu ergänzen und einzureichen,

[ ] Erklärungen, Stellungnahmen und Begründungen abzugeben,

[ ] Unterlagen und Nachweise einzureichen,

[ ] Schriftverkehr zu führen sowie Auskünfte einzuholen und entgegenzunehmen,

[ ] Akteneinsicht zu beantragen und wahrzunehmen,

[ ] Kopien, Abschriften, elektronische Aktenbestandteile, Gutachten, Stellungnahmen, Bescheide und sonstige Verfahrensunterlagen anzufordern und entgegenzunehmen,

© KE!N EINZELFALL e.V.

[ ] Widersprüche einzulegen und zu begründen, soweit dies rechtlich zulässig ist,

[ ] Termine und Anhörungen zu begleiten oder – soweit rechtlich zulässig – wahrzunehmen,

[ ] sonstige für das bezeichnete Verwaltungsverfahren erforderliche Verfahrenshandlungen vorzunehmen.

Ich bevollmächtige KE!N EINZELFALL e.V. ausdrücklich, Einsicht in die mich betreffenden Akten des oben bezeichneten Vorgangs zu nehmen und die hierzu gehörenden Unterlagen entgegenzunehmen.

Dies umfasst insbesondere Verwaltungs- und Verfahrensakten, Bescheide, Schriftverkehr, Gutachten, Stellungnahmen, medizinische und therapeutische Unterlagen sowie Pflege- und Begutachtungsunterlagen, soweit diese Bestandteil des bezeichneten Vorgangs sind.

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die nachfolgend bezeichneten Personen und Stellen gegenüber KE!N EINZELFALL e. V. von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Bearbeitung des oben bezeichneten Vorgangs erforderlich ist.

[ ] behandelnde Ärztinnen / Ärzte
[ ] Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten
[ ] Krankenhäuser / Kliniken
[ ] Kranken- / Pflegekasse
[ ] Medizinischer Dienst
[ ] Rentenversicherung
[ ] Sozialamt / Jobcenter
[ ] Versorgungs- oder Entschädigungsbehörde
[ ] sonstige Behörde / Institution:

[ ] sonstige Person / Stelle:

Die Schweigepflichtentbindung gilt ausschließlich für Informationen und Unterlagen, die mit dem oben bezeichneten Vorgang in Zusammenhang stehen. Sie ist keine allgemeine oder unbegrenzte Schweigepflichtentbindung.

© KE!N EINZELFALL e.V.

Besondere personenbezogene Daten

Mir ist bekannt, dass die übermittelten Unterlagen insbesondere Gesundheitsdaten sowie weitere besonders geschützte personenbezogene Daten enthalten können.

[ ] Ich willige ausdrücklich ein, dass die oben bezeichneten Personen und Stellen die für diesen Vorgang erforderlichen personenbezogenen und besonderen Kategorien personenbezogener Daten an KE!N EINZELFALL e.V. übermitteln dürfen und KE!N EINZELFALL e.V. diese zur Bearbeitung des bezeichneten Vorgangs verarbeiten darf.

Die Daten dürfen ausschließlich für den Zweck verwendet werden, für den diese Vollmacht und Schweigepflichtentbindung erteilt wurde.

Schriftverkehr und Zustellungen

Bitte auswählen:

[ ] Der Schriftverkehr soll weiterhin unmittelbar an mich erfolgen; KE!N EINZELFALL e.V. erhält eine Kopie.

[ ] Der Schriftverkehr darf unmittelbar mit KE!N EINZELFALL e.V. geführt werden; ich möchte ebenfalls eine Kopie erhalten.

[ ] Der Schriftverkehr soll – soweit gesetzlich zulässig – über KE!N EINZELFALL e.V. geführt werden.

Nicht umfasst

Diese Vollmacht umfasst nicht:

- die Verfügung über Geldleistungen,
- die Aufnahme finanzieller Verpflichtungen,
- den Verzicht auf Ansprüche,
- den Abschluss finanzieller Vergleiche,
- die Vertretung vor Gerichten,
- die Erteilung von Untervollmachten an externe Dritte,

sofern hierfür nicht gesondert eine ausdrückliche und rechtlich zulässige Vollmacht erteilt wird.

Dauer und Widerruf

Die Vollmacht und Schweigepflichtentbindung gelten:

© KE!N EINZELFALL e.V.

Hauptsitz:
KE!N EINZELFALL e.V.
Schiffbeker Höhe 30
22119 Hamburg

Unsere Landesstellen:
Bayern I Berlin
Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein

[ ] bis zum Abschluss des oben bezeichneten Verwaltungsverfahrens einschließlich eines unmittelbar damit zusammenhängenden Widerspruchsverfahrens

oder

[ ] bis zum: _____

Die Vollmacht und die Schweigepflichtentbindung können jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Bestätigung

Ich erteile diese Vollmacht und Schweigepflichtentbindung freiwillig und für den oben konkret bezeichneten Vorgang.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Vollmachtgeber/in: _____

Falls eine vertretungsberechtigte Person unterschreibt

Name: _____

Grundlage der Vertretungsberechtigung: _____

Unterschrift: _____

Gemeinsam KE!N EINZELFALL.

Der Vorstand des
KE!N EINZELFALL e.V.

© KE!N EINZELFALL e.V.