

Absender Name, Vorname Straße, Nr. PLZ, Ort	Eingangsvermerk/-stempel (wird von der Behörde ausgefüllt)
	Aktenzeichen
	Datum

Einwilligung zur Übermittlung des

Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung
 Gutachtens des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes

von

Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Zur Prüfung und Feststellung meines Anspruches auf Gewährung von Pflegeleistungen gegenüber

der Pflegekasse

dem Träger der Sozialhilfe

dem Träger der Kriegsopferfürsorge

erteile ich mein Einverständnis zur Übermittlung des o.a. Gutachtens.

Ich wurde auf meine in §§ 60 ff. geregelten Pflichten zur Mitwirkung, auf die Grenzen der Mitwirkungen (§ 65 SGB I) und die Folgen fehlender Mitwirkung (§ 66 SGB I) hingewiesen. Des weiteren wurde ich darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Übermittlung des Gutachtens an den o.g. Leistungsträger nach § 35 SGB I i.V.m. § 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X zulässig ist. Ich wurde in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich auf mein in § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X geregeltes Widerspruchsrecht zu Beginn des Antragsverfahrens hingewiesen, von dem ich keinen Gebrauch mache.

Datum

Unterschrift Heimbewohner/Betreuer/Bevollmächtigter