

Einwilligung zur Übermittlung des

Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Gutachtens des Amtsärztlichen Dienstes des Amtes für Gesundheit

von

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Zur Prüfung und Feststellung meines Anspruches auf Gewährung von Pflegeleistungen gegenüber
der Pflegekasse

dem Träger der Sozialhilfe

Amt für Soziales

dem Träger der Kriegsopferfürsorge

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

Ich wurde auf meine in den §§ 60 ff SGB I geregelten Pflichten zur Mitwirkung, auf die Grenzen der Mitwirkung (§ 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 im § 76 Abs. 2, Nr. 1 SGB X geregeltes Widerspruchsrecht zu Beginn des Antragsverfahrens hingewiesen, von dem ich kein Gebrauch mache.

Unterschrift

Datum