

Landkreis Bad Doberan

Der Landrat

Sozialamt
August-Bebel-Straße 03
18209 Bad Doberan



Einwilligung zur Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Aktenzeichen:

Antragsdatum:

Antragsteller (in), Pflegebedürftige (r)

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Anschrift (Straße, Nr., Postleitzahl, Ort):

Leistungsträger:

Landkreis Bad Doberan, Sozialamt, August-Bebel-Straße 03, 18209 Bad Doberan

Erklärung:

Zur Prüfung und Feststellung meines Anspruches auf Gewährung von Pflegeleistungen gegenüber dem vorstehend näher bezeichneten Leistungsträger erteile ich mein Einverständnis zur Übermittlung des o. a. Gutachtens.

Ich wurde auf meine in §§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) geregelten Pflichten zur Mitwirkung, auf die Grenzen der Mitwirkung (§ 65 SGB I) und die Folgen fehlender Mitwirkung (§ 60 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, 76 Abs. 2 Nr. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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.

PLZ, Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift Behörde
(soweit Erklärung vor der
Behörde abgegeben wird)