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

Aktenzeichen
Datum

Landratsamt Altenburger Land

Fachdienst Sozialhilfe
Lindenaustraße 9

04600 Altenburg

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 _____

Zwischenspeichern Zurücksetzen Drucken

Formular ID:
Prüfsumme: