

Einverständniserklärung

Hiermit bin ich, _____,
geb. am _____, damit einverstanden, dass der Fachdienst Besondere Soziale Leistungen und der Fachdienst Gesundheit des Kreises Schleswig-Flensburg das Gutachten des medizinischen Dienstes der Pflegekasse anfordert und Einblick erhält, bzw. in meinem Namen den Antrag auf Feststellung einer Pflegestufe stellt.

Außerdem entbinde ich meinen behandelnden Arzt _____
in _____ von der ärztlichen
Schweigepflicht gegenüber den vorgenannten Behörden.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenweitergabe verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift Antragsteller/Bevollmächtigter/gesetzlicher Betreuer