

Anlage 8 Einverständniserklärung zur Anforderung des Gutachtens vom MDK*

Antragsteller (Name, Vorname): _____

rechtlicher Vertreter (Name, Vorname): _____

Name:

Anschrift:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die für die Entscheidung über den vorliegenden Antrag notwendigen Unterlagen dem Fachbereich Soziales und Gesundheit, Bereich Gesundheitssoziale Dienste, der Landeshauptstadt Potsdam zugesandt werden dürfen. (§§ 67ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - SGB X -)

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

den, _____

Unterschrift des Antragstellers/rechtlichen Vertreters

*Medizinischer Dienst der Krankenkassen