

Anlage 8 Einverständniserklärung zur Anforderung des Gutachtens vom MDK*

Antragstellende Person (Name, Vorname): _____

Gesetzliche Vertretung (Name, Vorname): _____

Name:

Anschrift:

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

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift der antragstellenden Person/gesetzlichen Vertretung

*Medizinischer Dienst der Krankenkassen