

# EINWILLIGUNG

zur Übermittlung des

Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Gutachten des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes

von

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Zur Prüfung und Feststellung meines Anspruches auf Gewährung von Pflegeleistungen gegenüber

der Pflegekasse \_\_\_\_\_

dem Träger der Sozialhilfe Eingliederungshilfe

dem Träger der  
Kriegsopferfürsorge \_\_\_\_\_

erteile ich mein Einverständnis zur Übermittlung des oben angegebenen 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 oben genannten Leistungsträger nach § 35 SGB I in Verbindung mit § 69 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift