

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Name, Vorname

Geburtsdatum

Begutachtungsdatum

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Ihre Pflegekasse hat uns beauftragt, den Umfang Ihrer Pflegebedürftigkeit festzustellen.

Damit sich unsere Gutachterinnen und Gutachter ein umfassendes Bild von Ihrer Pflegebedürftigkeit machen können, benötigen sie häufig medizinische Auskünfte. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapien und Befunde von Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten, von Krankenhäusern oder von anderen medizinischen Einrichtungen.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die untenstehende Einverständniserklärung durchzulesen und uns Ihre Zustimmung zu geben, dass wir die medizinischen Auskünfte einholen können, die für eine Beurteilung Ihrer Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Nur so können wir eine gutachterliche Empfehlung aussprechen.

Ihr Medizinischer Dienst Nordrhein

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst Nordrhein von den mich behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dem Krankenhaus oder der Reha-Einrichtung ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern, sowie Auskünfte bei sonstigen Personen oder Diensten einholen kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Die genannten Unterlagen sind unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu senden. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den Medizinischen Dienst Nordrhein weitergegeben werden.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit von mir für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund des Einverständnisses bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r oder Vertretungsberechtigte/r