

Name, Vorname geb. _____

wohnhaft _____

Einverständniserklärung

1.

Ich bin damit einverstanden, dass der **Medizinische Dienst Baden-Württemberg** wegen meines Leistungsantrags prüft, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und, dass das medizinische Gutachten dem/der für die Hilfestellung zuständigen Sachbearbeiter_in zur Verfügung gestellt wird.

2.

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die betreuenden Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg bereits vorhandene Arztberichte, Gutachten und Pflegedokumentationen zur Verfügung stellen, soweit dies zur Begutachtung erforderlich ist.

Falls Sie mit Abschnitt 2 nicht einverstanden sind, streichen Sie ihn bitte durch (beachten Sie dazu aber bitte den letzten Absatz).

Der Name meiner Hausärztin/meines Hausarztes lautet:

Frau/Herr Dr.: _____

Anschrift: _____

Ich werde gepflegt von:

Name, _____ **Vorname:** _____

Anschrift: _____

Ort, Datum **Unterschrift**

Zu unserer gesetzlichen Aufgabenerfüllung ist Ihr Mitwirken unerlässlich. Ihre dazu erforderlichen Daten erheben wir aufgrund des sechsten und siebten Kapitels Sozialgesetzbuch XII in Verbindung mit § 60 Sozialgesetzbuch I.

Fehlt Ihre Mitwirkung, so kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.