

Zurück an Stadt Seelze
Abt. 22.2 – Team Pflege

Einverständniserklärung

Durch meine Unterschrift erkläre ich

(Name, Vorname)

in meiner Eigenschaft als _____
(z.B. Betreuer, Bevollmächtigter)

mich damit einverstanden, dass die Kranken- bzw. Pflegekasse

(Bezeichnung, Sitz, ggf. KV-Nummer)

der Stadt Seelze – Abt. 22.2 Soziale Leistungen – auf deren Anforderung Kopien der dort vorhandenen Gutachten/Stellungnahmen u.Ä. zur Verfügung stellt, sowie ggf. Auskünfte zu dem Versicherungsverhältnis bzw. den bezogenen Leistungen erteilt.

Mir ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen werden kann.

(Ort, Datum, Unterschrift)