

Hoffnungstaler Stiftung Lobetal, MZEB Bernau
Neuer Schulweg 12, 16321 Bernau bei Berlin

Einwilligungserklärung gegenüber der Krankenkasse zur Übermittlung des Schwerbehindertenausweises

Patient*in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Gesetzliche Betreuung durch

Name, Vorname _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass für Einzelfallprüfungen eine Kopie des Schwerbehindertenausweises sowie der Merkzeichen an die Krankenkasse weitergeleitet werden darf.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Bernau, den _____

Unterschrift Patient*in / ggf. gesetzliche Vertretung