

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