

**Einwilligungserklärung für Versicherte
zur Übermittlung der wesentlichen Gründe an den Leistungserbringer
gemäß § 277 Absatz 1 Satz 3 SGB V**

Version 1.0

Auftragsnummer* des Medizinischen Dienstes Thüringen:.....

Der Medizinische Dienst Thüringen hat sich im Auftrag der Krankenkasse gutachtlich über eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse geäußert und das Ergebnis meinem Leistungserbringer mitgeteilt.

Leistungserbringer (Name, Institution, Anschrift)

.....
.....

(Bitte gut lesbar ausfüllen oder gut lesbaren Stempel benutzen!)

Hiermit stimme ich (bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name:, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

ggf. gesetzliche Vertretung/Bevollmächtigte Person**:

zu, dass auch die wesentlichen Gründe für das Ergebnis meinem Leistungserbringer übermittelt werden.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ist jederzeit widerrufbar. Die Einwilligungserklärung wird nach geltenden gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (einwilligende Person oder die gesetzliche
Vertretung**)

*Diese ist im Gutachten angegeben, das dem Leistungserbringer vorliegt.

**Ein entsprechender Nachweis ist in Kopie der Einwilligungserklärung an den Medizinischen Dienst beizufügen. Die Kopie wird ausschließlich für die Verifizierung verwendet und anschließend vernichtet.