

Einwilligungserklärung für Versicherte zur Übermittlung eines Gutachtens an den behandelnden / verordnenden Arzt:

Der Medizinische Dienst Mecklenburg-Vorpommern hat im Auftrag Ihrer Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben zu einer von mir für Sie veranlassten Verordnung bzw. zu einer von mir für Sie beantragten Leistung. Es handelte sich um:

(z.B. AU-Attestierung, Hilfsmittelverordnung, Rehabilitationsantrag)

Gemäß der geltenden gesetzlichen Vorschrift (§ 277 Abs. 1 Satz 3 SGB V) wurde mir als Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung mitgeteilt. Für ein umfassendes Verständnis der Begutachtung benötige ich das gesamte Gutachten, aus dem neben der Krankengeschichte und den evtl. zugrundeliegenden Befunde auch die wesentlichen Gründe dafür hervorgehen, warum der Medizinische Dienst zu diesem Ergebnis gekommen ist.

Eine Übermittlung durch den Medizinischen Dienst an mich bedarf Ihrer Einwilligung. Wenn Sie mir Ihre Einwilligung erteilen, kann ich eine ablehnende Entscheidung Ihrer Krankenkasse besser nachvollziehen und Sie ggf. in einem Widerspruchsverfahren unterstützen.

Anfordernder Leistungserbringer

Name, Institution, Anschrift:

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

Begutachtungsdatum:

MD-Vorgangs-Nummer:

Einwilligungserklärung des Versicherten

Angabenzum Versicherten (bitte in DRUCKSCHRIFT):

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

ggf. gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter*:

Hiermit willige ich in die Übermittlung des gesamten Gutachtens des Medizinischen Dienstes <Land> an den oben genannten Leistungserbringer ein.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ist jederzeit gegenüber dem oben genannten Leistungserbringer widerrufbar.

Ort, Datum

Unterschrift (Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter*)

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