

Einwilligungserklärung für Versicherte zur Übermittlung der wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe nach § 277 Abs. 1 Satz 3 SGBV an die Leistungserbringerin/den Leistungserbringer:

Der Medizinische Dienst Westfalen-Lippe

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:

[Redacted]
(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 eine umfassende medizinische Betreuung benötige ich auch die wesentlichen Gründe dafür, warum der Medizinische Dienst zu diesem Ergebnis gekommen ist.

Eine Übermittlung durch den Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe an mich bedarf Ihrer Einwilligung. Nur wenn Sie Ihre Einwilligung erteilen, wird es mir möglich sein, Sie bei ablehnender Entscheidung Ihrer Krankenkasse im Widerspruchsverfahrens fundiert zu unterstützen. Es ist auch denkbar, dass die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes medizinische Informationen enthält, die mir bisher nicht bekannt waren und für Ihre Behandlung wichtige Konsequenzen haben.

Anfordernder Leistungserbringer/in

(Name, Institution, Anschrift)

[Redacted]
[Redacted]

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

Datum der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes: [Redacted]

Einwilligungserklärung des Versicherten

Angaben zum Versicherten (in DRUCKSCHRIFT):

Name: [Redacted]

Vorname: [Redacted]

Geburtsdatum: [Redacted]

Versichertennummer: [Redacted]

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in, bzw. Bevollmächtigte/r*: [Redacted]

Hiermit willige ich in die Übermittlung der wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe an die/den oben genannten Leistungserbringer/in ein.

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

[Redacted]

Ort, Datum

[Redacted]

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.