

Kreis Rendsburg-Eckernförde
Fachdienst Soziale Sicherung
1.15 - Frau Thoms
Kaiserstraße 8
24768 Rendsburg

Einverständniserklärung (Krankenkasse)

Ich (Vor- u. Nachname, ggf. Geburtsname):

--

geboren am:

--

wohnhaft in:

--

bin damit einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse bzw. private Krankenversicherung dem Kreis Rendsburg-Eckernförde, Fachdienst Soziale Sicherung, Auskunft über den Bezug von Pflegegeldleistungen gibt;

hierzu gehört auch die Übersendung entsprechender Bewilligungsbescheide.

Name und Anschrift meiner Kranken-/Pflegekasse, privaten Krankenversicherung:

Versichertennummer: (1 Buchstabe / 9 Ziffern)	

--

Ort, Datum Unterschrift (Antragstellende, ges. vertretende, bevollmächtigte Person)