

Vollmacht

zur Vorlage bei der zuständigen Pflegekasse

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit erteile ich der Sozialabteilung der Kreisverwaltung Donnersbergkreis die Vollmacht zur Einsichtnahme in alle vom Medizinischen Dienst meiner Krankenkasse erstellten Gutachten zwecks Feststellung meiner Pflegestufe nach dem Pflegeversicherungsgesetz.

....., den.....
Ort

.....
Unterschrift ggf. des gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers