

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

Einverständniserklärung (Krankenkasse)

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

geboren am:

wohnhaft in:

bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse/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- u. Pflegekasse/privaten Krankenversicherung:

--	--

Ort, Datum

Unterschrift