

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Die Unabhängige Ombudsperson kann mit Einverständnis der beschwerdeführenden Person Kontakt zu der zuständigen Stelle aufnehmen, Anregungen und Beschwerden an diese weiterleiten sowie eine Stellungnahme zu der Beschwerde anfordern.

Hiermit willige ich ein, dass die beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz bestellte Unabhängige Ombudsperson sowie die ihr zugeordneten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Geschäftsstelle (bitte entsprechend ankreuzen)

- den Beschwerdesachverhalt an die zuständige Fachabteilung des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz zur Einholung einer Stellungnahme weiterleiten dürfen
- erforderliche Unterlagen und personenbezogene Daten einsehen dürfen
- den Beschwerdesachverhalt an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz, soweit die Beschwerde in dessen Zuständigkeitsbereich fällt, weiterleiten dürfen

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ist jederzeit widerrufbar.

### Einverständniserklärung zum Datenschutz\*

- Ich bin mit der Speicherung meiner persönlichen Daten einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Name (bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift