

Sehr geehrte Dame,
sehr geehrter Herr,

bei Ihnen soll auf Veranlassung Ihrer Krankenkasse eine Begutachtung zur Frage der _____ durchgeführt werden bzw. wurde bereits durchgeführt. Ihrer Krankenkasse werden wir auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen des § 277 des Sozialgesetzbuches V das Ergebnis der Begutachtung sowie die erforderlichen Angaben über den Befund mitteilen.

Das Gutachten für die Krankenkasse enthält die bei Ihrer Begutachtung erhobenen erforderlichen Befunde und das darauf basierende Ergebnis der begutachtenden Ärztin/des begutachtenden Arztes. Das Ergebnis des Gutachtens müssen wir immer an Ihre behandelnde Ärztin/Ihren behandelnden Arzt weiterleiten¹, der Mitteilung der erforderlichen Angaben über den Befund können Sie jedoch widersprechen².

Sie haben die Möglichkeit, die unten angefügte Einwilligungserklärung zu unterzeichnen. Dann billigt die gesetzgebende Instanz die Übermittlung der erforderlichen Angaben über den Befund an Ihre behandelnde oder verordnende Ärztin/Ihren behandelnden oder verordnenden Arzt durch den Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz.

Mit freundlichen Grüßen

Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz

Name, Vorname, Geburtsdatum der/s Versicherten

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit stimme ich der Übermittlung der erforderlichen Angaben über den Befund des Gutachtens des Medizinischen Dienstes an behandelnde oder verordnende Ärztin/behandelnden oder verordnenden Arzt zu:

.....
.....
.....

.....
Datum/ Unterschrift

Sie haben das Recht nach Art. 7 Abs. 3 DS-GVO Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage unter "Datenschutz".

¹ § 277 Absatz 1 Satz 1 SGB V

² § 277 Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB V