

Nur mit dem Einverständnis der beschwerdeführenden Person kann die unabhängige Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Kontakt mit den zuständigen Stellen aufnehmen, Anregungen und Beschwerden weiterleiten oder Stellungnahmen zu der Beschwerde einholen

E I N W I L L I G U N G S E R K L Ä R U N G

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

- ☐ den Beschwerdesachverhalt an die zuständige Fachabteilung des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz zur Stellungnahme weiterleitet
- ☐ erforderliche Unterlagen und personenbezogene Daten einsehen dürfen
- ☐ den Beschwerdesachverhalt ggfs. an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz weiterleiten dürfen

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ist jederzeit widerrufbar.

Einverständniserklärung zum Datenschutz*

- ☐ Ich bin mit der Speicherung meiner persönlichen Daten einverstanden.

Name Beschwerdeführer/in
(bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift Beschwerdeführer/in

Geburtsdatum der/des Versicherten

*Detaillierte Hinweise zum Datenschutz sind unserer Homepage www.md-rlp.de/datenschutz zu entnehmen.