

## Erklärung

- zur Rückzahlungsermächtigung gegenüber der Bank
- zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Pflegekasse

Antragsteller

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Betreuer/Bevollmächtigter \_\_\_\_\_

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber überzahlte Beträge der hilfgewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht.

Die Pflegekasse entbinde ich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme der Übersendung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes zu.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_