

Einwilligungserklärung

zurück an:

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

.....

Versichertennummer

Name, Vorname des Versicherten

.....

Geburtsdatum

Hiermit willige ich,

Name, Vorname

Telefon mobil

E-Mail

Telefon Festnetz

ein, dass die SBK Herrn Frau

.....

Geburtsdatum

Name, Vorname

Telefon mobil

Straße, Hausnummer

Telefon Festnetz

Postleitzahl, Ort

E-Mail

schriftlich oder persönlich Auskünfte erteilt, soweit sich die Anfrage auf _____
(Erkrankung oder Bereich) bezieht und ein gültiger (Personal-)Ausweis vorgelegt wird.
Diese Auskünfte beinhalten Informationen zu _____
(genaue Beschreibung, welche Daten, z. B. Diagnosen, Reha, Krankenhauszeiten).

meine Post ab dem heutigen Datum an den oben genannten Bevollmächtigten sendet.

(Sonstiges).

Freiwilligkeit und Widerruf

Meine Einwilligung hierzu erfolgt freiwillig. Willige ich nicht ein, hat dies keine negativen Folgen für mich. Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich bei der SBK widerrufen. Mit meiner Unterschrift versichere ich, die angegebene Person über die Weitergabe ihrer Kontaktdaten an die SBK informiert zu haben, und dass diese mit der Speicherung der Daten zu obigem Zweck einverstanden ist.

Ort, Datum

Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

21C2029