

Landkreis Oder –Spree
- Der Landrat-
Sozialamt, Amt 50/3
Karl- Liebknecht- Str. 21/22
15848 Beeskow

**Anlage zum Antrag auf Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel Zwölftes
Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)**

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Daten des Antragstellers

Pflegekasse :
KV - Nr.:

.....
Name, Vorname geb. am

.....
Straße , Hausnr.

.....
Wohnort

Gemäß § 62 SGB XII ist die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zugrunde zu legen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass sich das Sozialamt des Landkreises Oder- Spree das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Pflegeversicherung bzw. das Gutachten vom Amtsarzt anfordern kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift
(Antragsteller / Bevollmächtigter / Betreuer)