

Einverständniserklärungen

Name der/des Versicherten	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Name des Hauptversicherten	
Krankenkasse	
Versicherungsnummer	

Ermächtigung

Ich ermächtige die AG PID-Schulung e.V. in meinem Namen den Kostenübernahmeantrag bei meiner Krankenkasse einzureichen sowie bei einer Ablehnung gegebenenfalls Widerspruch einzulegen.

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die AG PID-Schulung e.V. insofern von der ärztlichen Schweigepflicht, als dies für die Antragseinreichung und ggf. ein Widerspruchsverfahren notwendig ist.

Bitte beachten Sie: Sollte Ihre Krankenkasse für die Entscheidung über den Antrag weitere Unterlagen (z.B. Arztbriefe, Gutachten) benötigen, werden Sie zur Beschaffung dieser Unterlagen gesondert aufgefordert, da die AG PID-Schulung mit den behandelnden Ärzten nicht direkt Kontakt aufnimmt.

Abtretungserklärung

Ich ermächtige die AG PID-Schulung e.V. die Kosten für die Schulungsmaßnahme direkt mit meiner Krankenkasse abzurechnen.

Ort, Datum

Unterschrift