

## VOLLMACHT

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ärztliche Gutachten und Befunddokumentationen des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse, die zur Einstufung meiner Pflegebedürftigkeit gedient haben, dem Sozialamt des Landkreises Dahme-Spreewald zur Verfügung gestellt werden.

### **Vollmachtgeber**

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers/Betreuers