

**Anlage 8 Einverständniserklärung zur Anforderung des Gutachtens vom  
Medizinischen Dienst der Krankenkassen –MDK-**

Name

Anschrift

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die für die Entscheidung über den vorliegenden Antrag notwendigen Unterlagen dem Sozialamt –Hilfe zur Pflege- des Landratsamtes Tuttlingen zugesandt werden dürfen (§§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch –SGB X-).

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/r Antragstellers/-in  
rechtliche/r Vertreter/in