

**Einwilligungserklärung für Versicherte zur Übermittlung der wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt nach § 277 Abs. 1 Satz 3 SGB V an den behandelnden/verordnenden Arzt:**

Der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt hat im Auftrag Ihrer Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben zu einer von mir für Sie veranlassten Verordnung bzw. zu einer von mir für Sie beantragten Leistung. Es handelte sich um:

---

(z.B. AU-Attestierung, Hilfsmittelverordnung, Rehabilitationsantrag)

Gemäß der geltenden gesetzlichen Vorschrift (§ 277 Abs. 1 Satz 3 SGB V) wurde mir als Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung mitgeteilt. Für ein umfassendes Verständnis der Begutachtung benötige ich auch die wesentlichen Gründe dafür, warum der Medizinische Dienst zu diesem Ergebnis gekommen ist.

Eine Übermittlung durch den Medizinischen Dienst an mich bedarf Ihrer Einwilligung. Wenn Sie mir Ihre Einwilligung erteilen, kann ich eine ablehnende Entscheidung Ihrer Krankenkasse besser nachvollziehen und Sie ggf. in einem Widerspruchsverfahren unterstützen.

**Anfordernder Leistungserbringer**

(Name, Institution, Anschrift)

---

---

---

(Bitte gut lesbar ausfüllen oder gut lesbaren Stempel benutzen.)

**Begutachtungsdatum:** \_\_\_\_\_

**MD-Vorgangs-Nummer:** \_\_\_\_\_

### Einwilligungserklärung des Versicherten

Angaben zum Versicherten (in DRUCKSCHRIFT):

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

**ggf. gesetzlicher Vertreter/  
Bevollmächtigter\*:** \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich in die Übermittlung der wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt an den oben genannten Leistungserbringer ein.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ist jederzeit gegenüber dem oben genannten Leistungserbringer widerrufbar.

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

(Versicherter bzw. gesetzlicher Vertreter/ Bevollmächtigter\*)

\* Ein entsprechender Nachweis ist in Kopie zusammen mit der Einwilligungserklärung an den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt beizufügen.

Die Kopie wird ausschließlich für die Verifizierung verwendet und anschließend vernichtet.