

Anlage 2

(bitte folgende Eintragungen vornehmen:)

Ort, Datum

Name und Vorname:

Straße:

Postleitzahl und Wohnort:

Aktenzeichen des Landschaftsverbandes: 60-_____

An den
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- LWL-Behindertenhilfe Westfalen -

48133 Münster

Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenbehandlung (§ 264 Abs. 3 SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mich darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) eine Krankenkasse zu wählen habe, die meine Krankenbehandlung übernimmt. Ich teile Ihnen mit, dass ich

☐ die _____ als Krankenkasse wähle.
(bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift eintragen!)

☐ keine Krankenkasse wähle.

☐ Ich war zuletzt krankenversichert bei: _____
(bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift eintragen!)

☐ Ich war bisher nicht krankenversichert.

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren. Ich bitte außerdem um Weitergabe meiner persönlichen Daten, die ich in dem Formular auf der Rückseite dieses Schreibens eingetragen habe. Diese Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme meiner Krankenbehandlung benötigt.

Die von mir gewählte Krankenkasse wird um Zusendung der Krankenversichertenkarte gebeten.

Ich bin darüber informiert, dass ich die Krankenversichertenkarte im Falle der Beendigung des Sozialhilfebezugs durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe bei der mich betreuenden Einrichtung zur Weiterleitung an den Landschaftsverband abgeben muss und eine weitere Verwendung der Krankenversichertenkarte über den Zeitpunkt der Beendigung des Sozialhilfebezugs hinaus missbräuchlich wäre.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

bitte unbedingt Rückseite beachten

Bitte folgende Eintragungen unbedingt leserlich und in Druckbuchstaben vornehmen:

Name	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht (W oder M)	Staatsangehörigkeit	Rentenversicherungsnum- mer (soweit bekannt)	Aktenzeichen des Landschaftsverbandes