…… ……
Name, Vorname der/s Erziehungsberechtigten Ort, Datum

…… ……
Anschrift Telefon

……
Postleitzahl, Ort

An Aktenzeichen:
Landratsamt Nürnberger Land
-Sozialwesen-
91205 Lauf a. d. Pegnitz

Erklärung zur Wahl der Krankenkasse

Personen, für welche die Krankenkasse gewählt wird:

Name, Vorname des/der Kinder	Geburtsdatum und Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	Rentenversicherungsnummer

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren. Ich bin mit der Weitergabe meiner/unserer persönlichen Daten an die Krankenkasse einverstanden. Diese Daten werden von der Krankenkasse zur Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung zwingend benötigt.

Ich wähle ausgewählte Krankenkasse als betreuende Krankenkasse für mein/e Kind(er):
(bitte ankreuzen)

☐ AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

☐ BARMER GEK

☐ DAK-Gesundheit

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten:

_____