



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname	geb. am	Beihilfenummer
---------------	---------	----------------

Ich entbinde, im Zusammenhang mit meinem am _____ erlittenen Unfall und im Hinblick auf die Unfallfürsorgeleistungen nach dem Beamtenversorgungsgesetz,

- die mich behandelnden und/oder begutachtenden Ärzte/Ärztinnen,
- das Personal medizinischer und physiotherapeutischer Einrichtungen,
- die zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Krankenkasse/Krankenversicherung,
- die zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung,
- die zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der für Behindertenangelegenheiten zuständigen Ämter (z. B. Versorgungsämter, Landschaftsverbände, u. a.)
- die Beihilfestelle

von ihrer Schweigepflicht

- gegenüber der Norddeutschen kirchlichen Versorgungskasse

soweit dies zur sachgerechten Bearbeitung der Dienstunfallangelegenheit erforderlich ist (einschließlich Vorerkrankungen an dem verletzten Körperteil)

- gegenüber allen mich im Rahmen von angeordneten amts-, vertrauens- und sonstigen ärztlichen Untersuchungen behandelnden Ärzten und medizinischen Einrichtungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die bei der vorgenannten Norddeutschen kirchlichen Versorgungskasse geführten Dienstunfallunterlagen zur sachgerechten Bearbeitung den beizuziehenden Gutachtern bzw. Sachverständigen bekannt gegeben werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten