

Einverständniserklärung/ Schweigepflichtentbindung

Beihilfeberechtigte(r) Name Beihilfenummer

Rechnungsdatum über Betrag

Name des Arztes/ Ärztin Beleg-Nr.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beihilfefestsetzungsstelle den obengenannten Rechnungsbeleg mit den persönlichen Daten an das zuständige Gesundheitsamt / an die zuständige Ärztekammer zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen weiterleitet.

Diese Erklärung ist gemäß der Verwaltungsverordnung 5.4 zu § 3 BVO erforderlich, wenn persönliche Daten weitergegeben werden müssen. Wird diese Erklärung verweigert, ist die Beihilfe unter Berücksichtigung der Zweifel der Festsetzungsstelle festzusetzen.

Den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin entbinde ich hiermit von der Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankengeschichte, Röntgenbilder oder ähnliche Unterlagen und sonstige Erkenntnisse im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit, die über mich vorhanden sind, den Ärzten/ Ärztinnen des Gesundheitsamtes/ der Ärztekammer zur Auswertung in der obengenannten Angelegenheit zur Verfügung gestellt werden.

Hinweis:

Möglicherweise müssen Sie mit einer Rückfrage oder einer Untersuchung durch das Gesundheitsamt rechnen.

Datum, Unterschrift

Zurück an:

Hochsauerlandkreis
Der Landrat
FD 14
- Beihilfestelle -
59870 Meschede