

Empfänger (Dienstunfallfürsorgestelle)

## **Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Bitte ausfüllen.

Hinweis: Von dieser Erklärung wird die Dienstunfallfürsorgestelle nur Gebrauch machen, wenn es zur Aufklärung des Sachverhalts bzw. für die dienstunfallrechtliche Entscheidung zwingend erforderlich ist.

### **1. Angaben zur verletzten Person**

#### **1.1. Persönliche Angaben**

Name

Vorname

Geburtsdatum

#### **1.2. Erreichbarkeit**

Straße und Hausnummer

Postleitzahl      Wohnort

Personalnummer

## 2. Erklärung der verletzten Person

Ich entbinde im Zusammenhang mit meinem am

Unfalldatum

Uhrzeit

erlittenen Unfall und im Hinblick auf die Unfalluntersuchung nach

§ 45 Absatz 3 Beamtenversorgungsgesetz

- die mich behandelnden und/oder begutachtenden Ärztinnen und Ärzte, das Personal medizinischer und physiotherapeutischer Einrichtungen,
- die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkasse bzw. der Krankenversicherung,
- die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung,
- die Beihilfestelle,
- die Betriebsärztin und den Betriebsarzt
- \_\_\_\_\_

von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Dienstunfallfürsorgestelle

(hier bitte Dienstunfallfürsorgestelle mit Adresse eintragen)

**Ich bin damit einverstanden, dass die bei der vorgenannten Dienstunfallfürsorgestelle geführten Unfallunterlagen zur sachgerechten Bearbeitung den ggf. beizuziehenden Gutachtern und Sachverständigen bekannt gegeben werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.**

Ort, Datum und Unterschrift