

Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindung

Beihilfeberechtigte/r:

Beihilfenummer:

Name der Patientin/des Patienten:

geb. am:

Beihilfefestsetzungsstelle:

Betr.:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beihilfefestsetzungsstelle Rechnungsbelege nebst ärztlichen Stellungnahmen mit den notwendigen persönlichen Daten an das zuständige Gesundheitsamt oder die Ärztekammer zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen weiterleitet.

Diese Erklärung ist gemäß der Nr. 3.2.8 der Verwaltungsvorschriften zu § 3 BVO erforderlich, wenn persönliche Daten weitergegeben werden müssen.

Wird diese Erklärung verweigert, ist die Beihilfe unter Berücksichtigung der Zweifel der Festsetzungsstelle festzusetzen.

Weiterhin entbinde ich meine Ärztin/Zahnärztin bzw. meinen Arzt/Zahnarzt

Frau/Herrn

von der Schweigepflicht gegenüber der Beihilfestelle bzw. einer/einem von der Beihilfestelle zur Stellungnahme gebetenen Gutachterin/Gutachter oder Ärztekammer.

(Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertreter)

Hinweis:

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

zurück an:

**Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold**