



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht ärztliche Stellungnahme/Gutachten

Persönliche Angaben (von betroffener Person bzw. gesetzlicher Vertretung selbst auszufüllen)

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer

Ggf. Gesetzliche Vertretung (Nachweis in Kopie beilegen)

ich bin damit einverstanden, dass bei der Erstellung der ärztlichen Stellungnahme / des ärztlichen Gutachtens zur Vorlage bei

Auftraggeber (Dienstherr) Wählen Sie ein Element aus.

Zweck : Verbeamtung

Gesetzliche Grundlage : §10 Abs. 2 LBG

die zur Auftragserfüllung notwendigen Daten, die der Schweigepflicht unterliegen, preisgegeben werden. Ich stimme der Verwendung der hier vorhandenen Unterlagen zu und willige ein, dass die ärztliche Stellungnahme/das ärztliche Gutachten erstellt und dem Auftraggeber übersandt wird.

Ich entbinde _____

(auszufüllen vom FD Gesundheit am Tag der Untersuchung)

im Amt vom Fachdienst Gesundheit (Gesundheitsamt) des Kreises Stormarn ausschließlich zu diesem Zwecke von der Schweigepflicht gegenüber dem Auftraggeber.

Mir ist bekannt, dass der o.g. angeforderte Auftrag ohne Schweigepflichtentbindung nicht erledigt wird.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab und mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ergänzungen (ggf. auch Rückseite benutzen) _____

Ich erhalte auf Wunsch eine Kopie dieser Erklärung.

Wählen Sie ein Element aus. , den _____

Unterschrift

(Betroffene Person oder gesetzliche Vertretung)