
Name, Vorname

Beihilfenummer

Datum

Telefonnummer

Stadt Duisburg
-Beihilfestelle 11-23
Sonnenwall 77-79
47051 Duisburg

E i n v e r s t ä n d n i s e r k l ä r u n g

E n t b i n d u n g v o n d e r ä r z t l i c h e n S c h w e i g e p f l i c h t

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine der Beihilfenstelle zur Verfügung gestellten Unterlagen zum Zweck der amts(zahn)ärztlichen Begutachtung dem zuständigen Gesundheitsamt bzw. einem Vertrauensarzt weitergereicht werden.

Außerdem entbinde ich meine behandelnden Ärzte:

gegenüber dem Amts(zahn)arzt von der ärztlichen Schweigepflicht, so dass von dort weitere Unterlagen und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand eingeholt werden können.

Unterschriften

Patient(in)

Beihilfeberechtigte(r)