

(Beihilfeberechtigter) Nachname	Vorname	Beihilfenummer
Straße	Nummer	Geburtsdatum
PLZ	Ort	

Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold

Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung

Name der Patientin/des Patienten:
geb. am:

Beihilfefestsetzungsstelle:

Betreff:

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. 3.2.12 der Verwaltungsvorschriften zu § 3 BVO erforderlich, wenn persönliche Daten weitergegeben werden müssen.

Wird diese Erklärung nicht erteilt, 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 gegenüber der Ärzte-/Zahnärztekammer.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit nach Artikel 7 Absatz 3 Datenschutz-Grundverordnung (DSVGO) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

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

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