Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindung

zur Rechnung / zum Rezept / zum Heil- und Kostenplan

vom: _____ über _____ Euro der/ des _____ (Beleg-Nr. ___)

_____ _____ _____ ___

_____ _____ _____ ___

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beihilfefestsetzungsstelle den/die og. Beleg/e mit den notwendigen persönlichen Daten an das zuständige Gesundheitsamt zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen weiterleitet.

Diese Erklärung ist gemäß der Verwaltungsverordnung 5.4 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 den/die Arzt/Ärzte(in) / Zahnarzt/Zahnärzte(in)_____ von seiner / ihrer ärztlichen / zahnärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Beihilfestelle bzw. einem/r von der Beihilfestelle zur Stellungnahme gebetenen Gutachter / (Zahn-)Ärztekammer.

_____

(Datum, Unterschriften des Patienten und des Beihilfeberechtigten)

Hinweis:

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

<u>zurück an:</u>

Kreis Minden-Lübbecke
- Zentrale Beihilfestelle -
Portastr. 13

32423 Minden