



Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

hiermit erkläre ich

gegenüber (Name)

(Name des/der behandelnden Arztes/Ärzte/Zahnarztes/Zahnärzte)

dass ich damit einverstanden bin, dem Fachgutachter/Amtsarzt der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde ihn/sie von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass der Fachgutachter/Amtsarzt der Beihilfefestsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Beihilfeberechtigten)

Nähere Informationen zu den Zwecken der Verarbeitung Ihrer Daten sowie zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhalten Sie im Internet auf der Homepage der ppa unter der Adresse www.ppa-duew.de/beihilfe/beihilfenberechnung, Bereich Download „Datenschutzhinweise“.

