

1	Name, Vorname, Personalnummer, Aktenzeichen
2	Dienststelle:
3	Unfall vom:

4	Vertrauliche Personalsache Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion (ADD) Schadenregulierungsstelle Postfach 20 05 55 56005 Koblenz
---	---

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

5	<p>Ich, _____, geb. am: _____</p> <p>wohnhaft in: _____</p> <p>entbinde im Zusammenhang mit meinem am _____ erlittenen Unfall und im Hinblick auf die Unfalluntersuchung nach § 57 Abs. 3 Landesbeamtenversorgungsgesetz (LBeamtVG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • die mich behandelnden und/oder begutachtenden Ärzte/Ärztinnen, Therapeuten/-innen, • das Personal medizinischer und physiotherapeutischer Einrichtungen • die zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Krankenkassen/Krankenversicherung • die zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der gesetzlichen Renten- u. Unfallversicherung • die zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der für die Behindertenangelegenheiten zuständigen Ämter (z. B. Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung) • die Beihilfestelle <p>von ihrer Schweigepflicht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gegenüber dem/der zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterin der Schadenregulierungsstelle der ADD oder dessen/deren Vertreter/Vertreterin <p>soweit dies zur sachgerechten Bearbeitung der Dienstunfallangelegenheit erforderlich ist (einschließlich Vorerkrankungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gegenüber allen mich im Rahmen von angeordneten amts-, polizei- und sonstigen ärztlichen Untersuchungen behandelnden Ärzten/Ärztinnen und medizinischen Einrichtungen <p>Ich bin damit einverstanden, dass die bei der vorgenannten Schadenregulierungsstelle der ADD geführten Dienstunfallunterlagen zur sachgerechten Bearbeitung den beizuziehenden Gutachtern bzw. Sachverständigen bekannt gegeben werden.</p>						
6	Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.						
7	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 33%; height: 40px;"></td> <td style="border: none; width: 33%;"></td> <td style="border: none; width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Ort</td> <td style="border: none; text-align: center;">Datum</td> <td style="border: none; text-align: center;">Unterschrift</td> </tr> </table>				Ort	Datum	Unterschrift
Ort	Datum	Unterschrift					
8	Hinweis Von dieser Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht wird die Dienstunfallfürsorgestelle des Landes Rheinland-Pfalz (Schadenregulierungsstelle) nur Gebrauch machen, wenn dies zur Aufklärung des Sachverhalts bzw. für die dienstunfallrechtliche Entscheidung zwingend erforderlich ist.						