

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Name, Geburtsname, Vorname	
geboren am	In
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	

Hiermit willige ich, _____, geb. am _____, ausdrücklich ein, dass dem Gesundheitsamt Altötting alle ärztlichen Befunde und Unterlagen, die zu dem Zweck der ärztlichen Begutachtung erforderlich sind, zur Verfügung gestellt sowie entsprechende Auskünfte erteilt werden. Zu diesem Zweck entbinde ich die folgenden Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Angehörigen anderer Heilberufe, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht.

Bitte hier die Ärzte eintragen:

.....

.....

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung verweigern kann. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt Altötting mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Sollte ich diese Erklärung verweigern oder widerrufen kann dies zur Folge haben, dass seitens des Gesundheitsamtes Altötting kein abschließendes Gesundheitszeugnis ausgestellt werden kann.

Ort, Datum

.....,

Unterschrift

.....

Nur zu unterzeichnen bei einer erstmaligen Übernahme in das Beamtenverhältnis (z. B. Einstellung in die II./III./IV. QE oder Vorbereitungsdienst Lehramt):

Hiermit willige ich, _____, geb. am _____, ausdrücklich ein, dass das Gesundheitsamt Altötting das mich betreffende Gesundheitszeugnis zu dem Zweck einer dienstrechtlichen Entscheidung über meine Übernahme in das Beamtenverhältnis an die für diese Entscheidung zuständige personalbewirtschaftende Stelle weiterleitet. Das Gesundheitszeugnis darf hierbei nur die erforderlichen medizinischen Daten für die dienstrechtliche Entscheidung zur Übernahme in das Beamtenverhältnis enthalten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt Altötting mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

.....,

Unterschrift

.....