

Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindung

Personalnummer/Beihilfenummer:

Beihilfeberechtigte/r:

Name der Patientin/des Patienten:

geb. am:

Rechnung bzw. Behandlungsplan:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beihilfestelle der Stadt Dortmund die oben genannten Belege mit den notwendigen persönlichen Daten an das zuständige Gesundheitsamt für eine amts(zahn)ärztliche oder vertrauens(zahn)ärztliche Begutachtung im Rahmen der Beihilfenfestsetzung weiterleitet.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass das zuständige Gesundheitsamt die im Rahmen der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse der Beihilfestelle der Stadt Dortmund zur Verfügung stellt.

Diese Erklärung ist nach Nummer 3.2.12 der Verwaltungsverordnung zu § 3 Absatz 2 der Beihilfenverordnung Nordrhein-Westfalen erforderlich, wenn persönliche Daten weitergegeben werden müssen. Sie kann jederzeit für die Zukunft oder Vergangenheit ganz oder teilweise widerrufen werden. Wird das Einverständnis verweigert, ist die Beihilfe leider unter Berücksichtigung der Zweifel an der Beihilfefähigkeit festzusetzen.

Weiterhin entbinde ich meinen behandelnden Arzt und Zahnarzt oder meine Ärztin oder Zahnärztin, siehe Belege, sowie den vom Gesundheitsamt eingesetzten Gutachter oder die eingesetzte Gutachterin wechselseitig unter einander und jeweils auch gegenüber der Beihilfestelle der Stadt Dortmund und gegenüber dem Gesundheitsamt für die Zwecke der Gewährung von Beihilfe von seiner oder von ihrer beruflichen Verschwiegenheitspflicht.

Mit 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.