

Name, Vorname	Aktenzeichen
---------------	--------------

**Vertrauliche Personalsache**

Niedersächsische Versorgungskasse  
-Dienstunfallfürsorge-  
Postfach 81 04 04  
30504 Hannover

**Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich \_\_\_\_\_,  
wohnhaft \_\_\_\_\_,  
geboren am \_\_\_\_\_,

entbinde alle Ärzte/Ärztinnen, die mich im Zusammenhang mit meinem am \_\_\_\_\_

erlittenen Unfall behandelt haben bzw. behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der

***Niedersächsischen Versorgungskasse, Am Mittelfelde 169, 30519 Hannover***

soweit dies im Hinblick auf die hier in Frage stehenden Verletzungen und Erkrankungen, einschließlich Vorerkrankungen, erforderlich ist.

Ich bin einverstanden, dass die bei der vorgenannten Dienstunfallfürsorgestelle geführten Dienstunfallunterlagen zur sachgerechten Bearbeitung den beizuziehenden Amtsärzten/ Amtsärztinnen und Gutachtern/Gutachterinnen bekannt gegeben werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift