



ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Name, Vorname

Aktenzeichen

--	--

VERTRAULICHE PERSONALSACHE

Niedersächsische Versorgungskasse
– **Dienstunfallfürsorge** –
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

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

--	--