

## **Einverständniserklärung/ Schweigepflichtentbindung**

Beihilfeberechtigte/r:

**Beihilfenummer:**

Name der Patientin/des Patienten:  
geb. am.

Betr. / Az.:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beihilfefestsetzungsstelle Rechnungsbelege / Heil- und Kostenpläne nebst ärztlichen Stellungnahmen mit den notwendigen persönlichen Daten an das zuständige Gesundheitsamt oder die Ärztekammer zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen weiterleitet. Dieses Einverständnis umfasst auch die ggfls. notwendige Weiterleitung der vorgenannten Unterlagen an einen fachärztlichen Gutachter durch das Gesundheitsamt oder die Ärztekammer.

Diese Erklärung ist gemäß der Nr. 3.2.12 der Verwaltungsvorschrift zu § 3 BVO erforderlich, wenn persönliche Daten weitergegeben werden müssen. Wird diese Erklärung verweigert, ist die Beihilfe unter Berücksichtigung der Zweifel der Festsetzungsstelle festzusetzen.

Weiterhin entbinde ich meine Ärztin/Zahnärztin bzw. Arzt/Zahnarzt  
Frau/Herrn

von der Schweigepflicht gegenüber der Beihilfestelle bzw. einer/einem von der Beihilfestelle zur Stellungnahme gebetenen Gutachterin/Gutachter oder Ärztekammer.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit nach Artikel 7 Absatz 3 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) 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.

**zurück an:**

**Zentrale Scanstelle Beihilfe  
32746 Detmold**