

Name	Vorname	geboren	
Dienststelle			
Private Anschrift			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Im Zusammenhang mit meinem am _____ erlittenen Unfall entbinde ich,

- die Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte die mich aktuell behandeln oder in der Vergangenheit behandelt haben sowie die begutachtenden Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte,
- die medizinischen und physiotherapeutischen Einrichtungen,
- die Krankenkasse und Krankenversicherung,
- die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung,
- die für Behindertenangelegenheiten zuständigen Ämter (z. B. Versorgungsämter, Landschaftsverbände, u. a.),
- die Beihilfestelle

von ihrer **Schweigepflicht**

- gegenüber der Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB) soweit dies für die sachgerechte Bearbeitung der Dienstunfallangelegenheit erforderlich ist (einschließlich der Auskünfte über etwaige Vorerkrankungen an dem verletzten Körperteil),
- gegenüber allen mich im Rahmen von angeordneten amts-, vertrauens- und sonstigen ärztlichen Untersuchungen behandelnden Ärztinnen, Ärzten, Zahnärztinnen und -ärzten sowie medizinischen Einrichtungen.

Ich bin damit einverstanden, dass Daten aus den bei der UVB geführten Dienstunfallunterlagen den mit der Begutachtung beauftragten Personen zwecks sachgerechter Erledigung ihrer Aufgaben überlassen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte zurücksenden an

Unfallversicherung Bund und Bahn
- Dienstunfallfürsorge -
26380 Wilhelmshaven