

## **Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindung**

Beihilfeberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Beihilfenummer / Leitzahl: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Name der Patientin bzw. des Patienten: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beihilfeststellungsstelle Rechnungsbelege mit den notwendigen persönlichen Daten an das zuständige Gesundheitsamt zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen weiterleitet.

Diese Erklärung ist gemäß der Nr. 5.4 der Verwaltungsverordnung zu § 3 BVO erforderlich, wenn persönliche Daten weitergegeben werden müssen.

Wird diese Erklärung verweigert, ist die Beihilfe unter Berücksichtigung der Zweifel der Feststellungsstelle festzusetzen.

Weiterhin entbinde ich meine Ärztin/Zahnärztin bzw. meinen Arzt/Zahnarzt

Frau / Herrn \_\_\_\_\_

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

(Datum, Unterschrift der Patientin /des Patienten oder der gesetzlichen Vertreter)

### **HINWEIS:**

Möglicherweise müssen Sie mit einer Rückfrage oder einer Untersuchung durch das Gesundheitsamt rechnen.

**zurück an:**

**Bezirksregierung Düsseldorf  
-Dezernat 23-  
Beihilfestelle  
40477 Düsseldorf**