

Name, Vorname	
Straße	
Ort	
Personalnummer	

Einverständniserklärung

zur Rechnung vom
über €

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Beihilfefestsetzungsstelle den/die o. g. Rechnungsbeleg/e mit den notwendigen persönlichen Daten an ein von ihr beauftragtes Gesundheitsamt bzw. an die zuständige Ärztekammer zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen weiterleitet.

Diese Erklärung ist gemäß der Verwaltungsverordnung 5.4 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 meinen Arzt/Zahnarzt/ meine Ärztin/Zahnärztin und den Amtsarzt/Amtsärztin bzw. Amtszahnarzt/Amtszahnärztin oder Gutachter von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber der Beihilfestelle bzw. einem/r von der Beihilfestelle zur Stellungnahme gebetenen Gutachter bzw. Gutachterin/(Zahn)Ärztekammer.

Datum, Unterschrift

Hinweis:

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

zurück an:

Märkischer Kreis
Beihilfestelle
Postfach

58505 Lüdenscheid